



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**MARIA CLAUDIA SOUZA MATIAS**

**A DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DA HUMANIZAÇÃO NO  
DISCURSO DE EGRESSOS DA FORMAÇÃO DE APOIADORES  
INSTITUCIONAIS DE SANTA CATARINA**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Florianópolis  
2012**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

Maria Claudia Souza Matias

**A DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DA HUMANIZAÇÃO NO  
DISCURSO DE EGRESSOS DA FORMAÇÃO DE APOIADORES  
INSTITUCIONAIS DE SANTA CATARINA**

Dissertação de Mestrado apresentada  
ao Programa de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva da Universidade  
Federal de Santa Catarina como  
requisito para a obtenção do Grau de  
Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Marta Inez Machado Verdi

Co-orientadora: Mirelle Finkler

Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas em Saúde.

Linha de Pesquisa: Bioética.

Florianópolis  
2012

**Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.**

Matias, Maria Claudia Souza

A dimensão ético-política da Humanização no discurso de egressos da Formação de Apoiadores Institucionais de Santa Catarina [dissertação] / Maria Claudia Souza Matias ; orientadora, Marta Inez Machado Verdi ; co-orientadora, Mirelle Finkler. - Florianópolis, SC, 2012.

119 p. ; 21cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação Em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. Ética. 3. Política. 4. Humanização da assistência. 5. Educação em Saúde. I. Verdi, Marta Inez Machado . II. Finkler, Mirelle. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**“A dimensão ético-política da humanização no discurso de egressos da formação de apoiadores Institucionais de Santa Catarina”.**

**Maria Claudia Souza Matias**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A  
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Ciências Humanas e Políticas  
Públicas em Saúde**

---

**Profa. Dra. Karen Glazer de Anselmo Peres**  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva

**Banca Examinadora:**

---

Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi (Presidente)

---

Profa. Dra. Simone Mainieri Paulon (Membro Externo)

---

Profa. Dra. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi (Membro Titular)

---

Profa. Dra. Jucélia Maria Guedert (Suplente)



## AGRADECIMENTOS

Aos companheiros de jornada:

Ao meu marido, Fábio, pela generosidade de seu amor, que me incentiva a ir atrás dos sonhos, e solidez de sua amizade, que me dá firmeza na caminhada. Meu eterno muito obrigada!

A minha filha Beatriz, que do alto dos seus 11 anos me inspira e ensina muito sobre ética e solidariedade. Querida, como na música do Chico, você sempre me tira os pés do chão!

A minha mãe Edília, por ter me transmitido, pela força do seu sonho, o desejo pelo conhecimento. Pelo amor que sustentou o apoio na vida escolar e acadêmica, muito obrigada!

Ao meu pai Pedro, já falecido, que com certeza continua torcendo por mim, de onde estiver. Obrigada por ter me ensinado que trabalhar pode ser um grande prazer!

Ao meu irmão Volnei, presença ética e amorosa mesmo à distância, com quem eternamente vou aprender sobre gentileza e generosidade.

Ao meu querido padrasto José Ênio, que me ensinou que laços filiais se constroem na caminhada e não dependem de certidão de nascimento.

Aos meus sogros, cunhados e sobrinhos, obrigada por entenderem o significado deste Mestrado para mim e por me apoiarem sempre!

Aos meus queridos amigos que me acompanharam e torceram ao longo destes dois anos e que souberam se mostrar presentes de muitas maneiras, mesmo quando o tempo era escasso e a distância imensa.

À Gisele, pela generosidade do afeto, que fez sua presença sempre intensa ao longo da caminhada.

À minha Orientadora, professora Marta Verdi, com quem tenho aprendido um sentido ético e generoso para a palavra ‘Mestre’. Obrigada por todas as contribuições e apoio!

À minha coorientadora, profa. Mirelle Finkler, pelo generosa contribuição e auxílio nas etapas cruciais deste estudo.

Aos membros da banca, professoras Sandra Caponi e Simone Paulon, por terem me dado o imenso prazer de poder contar suas preciosas contribuições neste trabalho.

Aos amigos da turma 2010 do Mestrado, onde compartilhei grandes momentos de aprendizado, afeto e celebração.

Aos amigos do Núcleo de Pesquisa em Bioética e Saúde Coletiva, pela convivência sempre alegre, travada em um espaço extremamente afetivo, ético e solidário.

Aos amigos da PNH, e à própria PNH, por terem produzido em mim novas perspectivas de existência, e novos horizontes a se desejar.

Aos apoiadores institucionais que participaram da pesquisa, obrigada por terem me surpreendido e emocionado com seus relatos, e me mostrado a dimensão imprevisível dos efeitos de um curso de apoiadores, este infindável devir humanização. Vocês me fizeram recordar as lúcidas e inspiradoras palavras do Gilson Carvalho:

Tenho certeza de que se lutássemos só por nós, já teríamos desistido, por desânimo, frouxidão e estafa física, mental, e moral. O que nos mantém alertas, de pé e em estado permanente de luta, é o peso de ter consciência de que lutamos por nós e, solidariamente, pelos muitos que ainda não sabem ou não podem lutar, desta e de gerações futuras.

A todos, meu obrigada.



Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo.  
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.  
Suplicamos expressamente:  
não aceiteis o que é de hábito como coisa natural,  
pois em tempo de desordem sangrenta,  
de confusão organizada,  
de arbitrariedade consciente,  
de humanidade desumanizada,  
nada deve parecer natural  
nada deve parecer impossível de mudar.

(Bertold Brecht)



## RESUMO

Este estudo discute a dimensão ético-política da Humanização - conforme sentido proposto para o termo pela Política Nacional de Humanização/PNH -, desde a perspectiva de apoiadores institucionais, formados no estado de Santa Catarina, no ano de 2009. Por meio de pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, o estudo busca compreender o entendimento e a vivência destes apoiadores acerca desta dimensão, tomando como campo de pesquisa o referido curso e como sujeitos 11 apoiadores de duas macrorregionais de Saúde do estado. Nas entrevistas e pesquisa documental foi possível identificar, na análise dos resultados, categorias que apontavam para uma compreensão fundamentada na valorização dos sujeitos e na democratização das relações. Quanto à vivência desta dimensão, os resultados mostraram esforços em discuti-la e exercê-la nos serviços, embora haja desafios a ser superados, como a concentração de poder nas instituições, a persistente fragilidade do modelo de atenção, calcado ainda hegemonicamente nas racionalidades gerencial e biomédica e dificuldades vivenciadas pelos apoiadores no que tange à própria PNH, e que se relacionam à compreensão deficiente de alguns conceitos e ao modo como esta Política se organiza nas instituições e interfederativamente.

**Palavras-chave:** Ética. Política. Humanização da assistência. Educação em Saúde. Sistema Único de Saúde.



## ABSTRACT

This study discusses ethical-political dimension of Humanization from the perspective of the National Humanization Policy/PNH supporters, formed in the state of Santa Catarina, in 2009. Through qualitative, exploratory and descriptive research, the study searched elements that could describe the understanding and experience of supporters about this dimension, taking as field of research the referred course and as subjects 11 supporters of two health macro regions of the state. Through interviews and documental research it was possible to identify, in the analysis of results, categories that pointed to a comprehension based on the subjects valuation and democratization of relations. There were few elements of this dimension that didn't come up in subject's speech – or came in a wrong way, indicating that there are conceptual doubts among supporters. Regarding the experience of this dimension, the results showed efforts and attempts of discussing it and exercising it in services, although there are challenges, such as concentration of power on institutions, the persistent fragility of the model of care, still hegemonically based on managerial and biomedical rationalities and difficulties experienced by supporters when it comes to PNH itself, and that relate to the deficiency of the understanding of some concepts and the way that this Policy is organized in institutions and among federal entities.

**Key words:** Ethics. Policy. Humanization of assistance. Healthcare education. Health System.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição dos planos de intervenção realizados pelos apoiadores no estado de Santa Catarina. ....	62
Figura 2- Diagrama das categorias e subcategorias associadas à compreensão e vivência da dimensão ético-política. ....	65
Figura 3- Diagrama da categoria <i>valorização dos sujeitos</i> com suas subcategorias e unidades .....	66
Figura 4 - Diagrama da categoria <i>democratização das relações</i> com suas subcategorias e unidades temáticas .....	67
Figura 5 - Diagrama da categoria <i>desafios e conflitos</i> com suas subcategorias e unidades temáticas .....	68





## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1- Distribuição das diretrizes da PNH trabalhadas pelos apoiadores em seus Planos de Intervenção .....	61
--	----



## **SIGLAS**

CEP	– Comitê de Ética em Pesquisa
CEPSH	– Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CIR	– Comissão Intergestora Regional
EaD	– Ensino à Distância
PNH	– Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção do SUS
PNHAH	– Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SES/SC	– Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TelEduc	– Ambiente virtual de aprendizagem para ensino à distância
UP	– Unidade de Produção
UFSC	– Universidade Federal de Santa Catarina



## SUMÁRIO

<b>PARTE I – PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO .....</b>	<b>21</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>23</b>
1.1 OBJETIVOS.....	31
1.1.1 Objetivo geral .....	31
1.1.2 Objetivos específicos .....	31
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>33</b>
2.1 A HUMANIZAÇÃO DESDE A PERSPECTIVA DISCURSIVA DA PNH .....	33
2.2 A DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DA HUMANIZAÇÃO .....	38
2.3 A FORMAÇÃO-INTERVENÇÃO .....	44
2.4 O APOIO INSTITUCIONAL .....	49
2.5 A BIOÉTICA SOCIAL COMO REFERENCIAL DE ANÁLISE PARA A HUMANIZAÇÃO.....	51
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>57</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	57
3.2 CAMPO DE ESTUDO .....	58
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO .....	62
3.4 COLETA DOS DADOS .....	62
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	63
3.6 LIMITAÇÕES DO MÉTODO .....	69
3.7 ASPECTOS ÉTICOS .....	69
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>71</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>73</b>
<b>PARTE II – ARTIGO CIENTÍFICO .....</b>	<b>79</b>
<b>A DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DA HUMANIZAÇÃO SOB O OLHAR E A VIVÊNCIA DE APOIADORES INSTITUCIONAIS .....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICE A – Cronograma de Atividades .....</b>	<b>109</b>
<b>APÊNDICE B – Orçamento Detalhado.....</b>	<b>110</b>
<b>ANEXO A - Termo de Autorização da Pesquisa pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina.....</b>	<b>117</b>
<b>ANEXO B - Termo de Consentimento para uso de Arquivos Registros e Similares .....</b>	<b>118</b>
<b>ANEXO C - Parecer Consubstanciado do CEP da Universidade Federal de Santa Catarina .....</b>	<b>119</b>



## **PARTE I – PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO**





## INTRODUÇÃO

Algumas experiências no Sistema Único de Saúde (SUS) têm concorrido para o fortalecimento da ideia de que é preciso pautar a discussão sobre os processos de produção de saúde em uma perspectiva que avance para além das dimensões técnica e tecnológica. O debate em torno deste tema tem ocupado espaço cada vez maior no cenário da Saúde nas últimas décadas. Também tem se evidenciado a discussão acerca da distancia entre o regime discursivo do Sistema e o SUS real, entre os avanços obtidos por esta política desde a reforma sanitária e os desafios que persistem e que indicam que a mesma ainda não se completou.

Campos (2007a), ao analisar os desafios persistentes no SUS, afirma que há um consenso em torno da visão do SUS como uma política que contribui para a construção da justiça social, alertando, no entanto, para os aspectos do Sistema que o configuram como reforma incompleta, devido à heterogeneidade de sua implantação que se reflete nas desigualdades na oferta e utilização de serviços, no seu financiamento, nos problemas de gestão e no trabalho em saúde. O autor atribui ao contexto histórico as razões deste quadro, principalmente às três últimas décadas, nas quais se desenvolveram fenômenos como a hegemonia do neoliberalismo e a crise do sistema de bem-estar e do socialismo real. Tal cenário teria contribuído para solapar as possibilidades de assegurar uma total efetivação do caráter universal do SUS. O autor afirma que a continuidade da reforma sanitária e a consolidação do SUS são desafios associados à capacidade da sociedade de articular consenso sobre a relevância de se efetivar uma radical implantação do Sistema. A articulação dos atores sociais em torno deste consenso seria a base propulsora de um novo movimento, mais amplo que o configurado na reforma sanitária, e que poderia constituir a base social para que esta se completasse, a partir da consolidação do SUS.

É importante destacar as estratégias que têm se mostrado coerentes para lidar com os desafios que se interpoem à efetivação do SUS. Neste sentido, Santos (2011) aponta, entre outros, o aumento marcante e contínuo do componente municipal do financiamento do SUS, a implementação dos fundos de saúde e dos repasses fundo a fundo, a criação dos conselhos de saúde nos estados e municípios, a implantação da direção única em cada ente federado, os avanços no processo de regionalização e contratualização, através das comissões intergestoras regionais (CIRs) e o reconhecimento e incentivo de

experiências exitosas na implementação do SUS. Tais medidas foram tomadas acreditando-se que os obstáculos e reações contra o SUS legal fossem sendo suplantadas gradativamente. No entanto, o autor também enumera um conjunto de estratégias incongruentes, avaliando que estas têm sido mais frequentes, contribuindo para que o SUS real se caracterize por um “(...) acesso segmentado conforme os extratos sociais, incluindo os afiliados aos planos privados, desigual e desumano aos que só dependem do SUS” (SANTOS, 2011, p. 359).

Uma das iniciativas para a suplantação deste quadro problemático no qual o SUS se insere tem início no final dos anos 90, como resposta, mais especificamente, à baixa qualidade da atenção ao usuário e às condições deficientes de trabalho dos trabalhadores da saúde. Estes dois problemas em especial levaram o Ministério da Saúde (MS) a entender que a humanização no SUS poderia constituir-se como estratégia de enfrentamento a tais dificuldades. Em 2000, a 11ª Conferência Nacional de Saúde foi palco do debate sobre a necessidade da criação de modos de concretizar os princípios e diretrizes do SUS constantes em sua base jurídico-legal (BRASIL, 2001). Ainda neste ano, este cenário fez com que o MS colocasse a humanização na pauta da sua agenda institucional e criasse o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). O Programa voltava-se às dimensões hospitalar e assistencial, sendo seu objetivo melhorar a qualidade da atenção ao usuário e, posteriormente, ao trabalhador. O alvo de suas ações era a criação de comitês de humanização em hospitais e também outros projetos importantes, como o do Parto Humanizado e a Humanização da Atenção Hospitalar (HECKERT; PASSOS; BARROS 2009; BENEVIDES; PASSOS, 2005).

No entanto, o fato do PNHAH enfocar apenas hospitais, restringir-se à dimensão assistencial e estar estruturado como programa, sem um método que avançasse efetivamente sobre as causas associadas ao cenário de esgotamento da saúde, levou o MS a extingui-lo em 2003.

Deslandes (2004), em artigo onde analisa os sentidos de humanização presentes nos documentos sobre o PNHAH, localiza neste Programa uma dualidade entre tecnologia e fator humano, afirmando que tal compreensão impede um entendimento ampliado acerca da produção do cuidado em saúde, que inclui a discussão sobre as tecnologias leves como ferramentas importantes para tal cuidado. Também é alvo de crítica da autora o pensamento expresso nestes documentos acerca do que constituiria a base de uma assistência humanizada, colocada principalmente na mudança cultural e dos meios indicados para tal, com ênfase na capacidade comunicativa. Tais

elementos não são suficientes sem a inclusão das expectativas e demandas dos usuários, que parte do reconhecimento de sua autonomia e legitimidade, e cuja expressão não pode ser delegada a outros atores. Finalizando, a autora pontua que os documentos do PNHAH não abordam de forma consistente o tema das condições de trabalho as quais estão submetidos os profissionais de saúde. Má remuneração, pouco incentivo e pesadas cargas de trabalho são apontadas como elementos importantes a serem incluídos na discussão sobre humanização, pois “(...) humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência” (DESLANDES, 2004, p. 13).

O MS constatou que uma proposta consistente voltada à humanização demandaria a inclusão de questões como a mudança dos modelos de atenção e de gestão, bem como um método que fomentasse a ação coletiva, por parte dos diferentes sujeitos envolvidos com os processos de produção de saúde.

A Política Nacional de Humanização (PNH), constituindo-se a partir dos acúmulos do SUS resultantes da própria experimentação como política pública e prática social e das análises de seus avanços, paradoxos e desafios, surge em 2003, incorporando, além dos hospitais, outros níveis de atenção à saúde do SUS. Passa também a ter como objeto, além das práticas de atenção à saúde, as práticas de gestão. O *status* de política é conferido à PNH a fim de que pudesse colocar-se transversalmente aos diferentes setores e programas do Ministério da Saúde, pautando o tema da valorização da dimensão humana das práticas de saúde como proposta para a produção de um plano comum no Ministério da Saúde e no SUS (PASCHE, 2009; BRASIL, 2008).

Dois grandes objetivos fundam este início da PNH: a qualificação da política pública para a produção de mais e melhor saúde, e a consequente ampliação pela sociedade do valor de uso das práticas do SUS. Para concretizá-los, o sentido de humanização proposto pela PNH se direciona ao tema da valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, tomando como pressuposto que a produção de saúde não se dissocia da produção de subjetividades. O termo valorizar assume o sentido de fomento da autonomia, protagonismo e corresponsabilidade entre os sujeitos da Saúde, estando também implícito o estabelecimento de vínculos solidários, de participação coletiva no processo de gestão, bem como a defesa de um SUS que reconhece a diversidade, sem distinção de idade, etnia, cor, origem, gênero e orientação sexual (PASCHE; PASSOS, 2010; BENEVIDES; PASSOS, 2005; BRASIL, 2008).

As estratégias adotadas pela PNH para sua difusão e consolidação no território nacional em 2006 ganham nova força, com a aposta na formação como meio principal para ampliar-se, tanto territorialmente quanto qualitativamente.

Com metodologia distinta das habituais práticas transmissivistas e doutrinárias, os processos de formação propostos pela PNH têm se fundamentado prioritariamente no pressuposto de que formação e produção de conhecimento em saúde têm de estar necessariamente indissociados dos processos de intervenção nas práticas de saúde, sendo assim, simultaneamente, formação-pesquisa-intervenção (HECKERT *et al.*, 2009; PASCHE; PASSOS, 2010). Tais cursos visam formar sujeitos para o exercício de uma função diferenciada, o Apoio Institucional. Trata-se de uma função gerencial voltada ao fomento e acompanhamento de processos de mudança nas organizações. O apoiador institucional teria também a função primordial de contribuir para o fortalecimento dos coletivos. Para a PNH, a função é chave para o acionamento de processos de mudança em grupos e organizações (BRASIL, 2008).

A partir desta breve contextualização conjuntural e conceitual, é necessário apresentar alguns dos desafios e limites desta Política. Entendemos que entre os desafios postos para a humanização do SUS está a necessidade de se avançar em ações que interfiram nas práticas de gestão verticalizadas e autoritárias, na saúde dos trabalhadores e nas práticas cotidianas de assistência. Isto implica em colocar a humanização como valorização daquilo que diz respeito ao sujeito e à centralidade da vida humana sendo, portanto, uma aposta ético-estético-política,

(...) ética porque implica uma atitude comprometida e corresponsável entre usuários, gestores e trabalhadores da saúde. Estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção de saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. Política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede SUS. (SANTOS FILHO, 2009:55).

É importante perceber que o conceito de Humanização apresentado pela PNH se contrapõe a uma racionalidade hegemônica

nos serviços, que é a do esquecimento das pessoas em detrimento da técnica, do tecnológico.

(...) a racionalidade gerencial, que confia todas as suas fichas na padronização dos procedimentos, tenta ignorar ou subordinar o cotidiano de constante estranhamento e desvio que as relações impõem às práticas de saúde, na busca de um modo seguro e previsível de funcionamento dos serviços. (OLIVEIRA *et al.*, 2009, p. 525).

Os autores relacionam o modo de operar *procedimento-centrado* a uma forma de agir onde a produção de dissenso, de diferenças, longe de comprometer-se com a construção de ferramentas para o trabalho, coloca-se a serviço das angústias e queixas, em um padrão comunicacional caótico, que impossibilita aos atores entenderem-se e, muitas vezes, até se escutarem.

Esta racionalidade instrumental transforma produtos em mercadoria, pois desconsidera sua utilidade social. Assim, a supremacia do valor de troca no capitalismo sobrepujaria as necessidades sociais do público e também os interesses dos trabalhadores envolvidos com a produção. As relações sociais pautadas em tão grande desequilíbrio de poder geram o sobrepujamento dos desejos e interesses do outro, em relações que o colocam na condição de objeto, isto é, algo que pode ser manipulado, manejado conforme os desejos e interesses dominantes (CAMPOS, 2000; 2005). A gestão dos processos de trabalho em saúde se coloca então como questão central, que não deve ser reduzida a um enfoque gerencial-administrativo, identificado aos valores de mercado e separado das práticas de cuidado.

Somando-se à racionalidade gerencial, temos a predominância do modelo biomédico pautando a assistência em saúde. A PNH, em uma de suas publicações oficiais, assinala como desafio autoproposto: “(...) superar o entendimento de saúde como ausência de doença (cultura sanitária biomédica), para a ampliação e o fortalecimento da concepção de saúde como produção social, econômica e cultural” (BRASIL, 2008).

O modelo biomédico, no que pese o avanço e sofisticação da biomedicina, tem mostrado limitações em seu poder explicativo e em sua capacidade de responder conclusiva ou satisfatoriamente a muitos problemas, principalmente no que se refere à necessidade de se considerar a dimensão subjetiva que acompanha em maior ou menor grau o processo saúde-doença (BARROS, 2002).

Pautado em uma lógica que separa observador do objeto observado, o modelo biomédico vê na atitude de ‘distanciamento objetivo’ uma qualidade a ser buscada pelo profissional de saúde, minimizando a importância da interação profissional-paciente para o sucesso terapêutico. A este quadro, somam-se a formação insuficiente dos profissionais de saúde para lidar com a dimensão subjetiva do processo de adoecimento e os custos envolvidos nas novas tecnologias médicas, em um contexto onde a lógica de mercado é hegemônica, levando a uma ampliação dos lucros sem limites, muitas vezes com pouco ou nenhum controle por parte do Estado ou de outros instrumentos que atuem em defesa dos interesses dos usuários dos serviços de saúde. A insatisfação de alguns profissionais com o modelo biomédico se deve ao fato de perceberem o modo como as reações psicológicas dos pacientes e seus problemas socioeconômicos interferem na doença, não encontrando, porém, um modo de incorporar essas informações na formulação diagnóstica e no programa terapêutico.

Em uma perspectiva antropológica, ao analisarmos os modelos de atenção devem ser consideradas tanto as atividades relacionadas ao modelo biomédico quanto àquelas que são empregadas pelos usuários com a finalidade de evitar, controlar, tratar, aliviar ou curar uma doença. Condições religiosas, étnicas, econômicas, políticas, técnicas e científicas determinam as diversas formas de atenção existentes em uma sociedade, percebendo-se um antagonismo especialmente entre a biomedicina e as demais formas de atenção. Tal fato repercute no estudo do processo saúde-doença-atenção, que tem sido conduzido por um viés não relacional, com ênfase ao ator em si, deixando de lado o processo relacional que envolve todos os atores significativos que participam do mesmo. O setor saúde e a biomedicina ignoram ou marginalizam boa parte destas outras formas de atenção, apesar de serem utilizadas por distintos grupos populacionais (MENÉNDEZ, 2003).

Menéndez (2009) chamará de processos de auto atenção o conjunto das representações e práticas utilizadas pela população, individual ou socialmente, para lidar com os processos que afetam sua saúde, de modo real ou imaginário. Menéndez (2003) enfatiza que, em termos culturais, a auto-atenção é uma ação racional da população, tanto como estratégia de sobrevivência quanto de avaliação da relação custo-benefício, não só do ponto de vista econômico, mas também de tempo. É a partir da auto atenção que a população articula as distintas formas de atenção existentes, sendo que a atenção biomédica, e também a maioria das demais formas de atenção, vêm ignorando os modos pelos quais o usuário articula estas formas e os sistemas de atenção.

De outra parte, tanto a racionalidade gerencial quanto o modelo biomédico tendem a não considerar o processo de produção de subjetividades e o direito ao desenvolvimento integral como eixos norteadores de suas práticas. Assim, localizamos na superação da racionalidade gerencial e do modelo biomédico dois importantes desafios para a Humanização nos termos formulados pela PNH. Outro desafio para a Humanização tem sido colocado pelo atual cenário em que o SUS está inserido, onde a unidade do sistema é colocada à prova cotidianamente. Entendemos que se coloca para a sociedade o desafio de sustentar para o SUS o sentido de “único” como sistema que nos une, que pode e deve servir como causa comum, e que contribui para o bem coletivo, através de ações comprometidas com a transformação social. Acreditamos, conforme Garrafa (2005), que é necessária uma ação política concreta para esta transformação, e em relação à afirmação do autor de que caberia aos intelectuais o exercício ativo da cidadania - pois a interlocução cotidiana entre razão e ação se dá através da participação ativa na vida pública -, entendemos que tal exercício deva se estender a outros atores sociais, sendo os trabalhadores e gestores da saúde, a nosso ver, agentes estratégicos para a consolidação da justiça sanitária.

Diante destas considerações, optou-se por uma pergunta de pesquisa que focalizasse *qual a compreensão e vivência que apoiadores institucionais têm acerca da dimensão ético-política da Humanização proposta pela PNH, bem como os desafios e as dificuldades relacionadas a essa dimensão.*

Para respondê-la, investigamos a questão junto a apoiadores institucionais formados em um curso realizado em Santa Catarina no ano de 2009. O processo de formação em questão foi uma parceria entre Ministério da Saúde/PNH, Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina/Escola de Saúde Pública Prof. Msc. Oswaldo de Oliveira Maciel e Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A instituição executora foi a Escola de Saúde Pública e o público-alvo os trabalhadores e gestores do SUS das oito macrorregiões de saúde de Santa Catarina.

Em função das diferentes inserções da pesquisadora – na coordenação do referido processo de formação de apoiadores e como consultora da PNH –, este estudo se caracteriza como pesquisa implicada, sendo que a preocupação com a relação da pesquisadora com as instituições em questão esteve sempre presente no processo analítico da pesquisa.

A hipótese inicial era que, a partir do processo de formação, oportunizou-se tanto um espaço de reflexão sobre a dimensão ético-

política da Humanização como modos de incorporar tal reflexão à prática cotidiana, tendo sido as racionalidades técnico-gerencial e biomédica, presentes nos serviços, fonte de conflitos e desafios de ordem ético-política para os apoiadores. A hipótese avançava ainda no sentido de que as premissas e proposições da PNH pudessem ter contribuído para que os apoiadores se posicionassem de modo crítico-reflexivo frente a tais desafios.

Entendemos que, frente ao cenário atual, em que se faz necessária a instauração de forças instituintes no SUS, que mobilizem um movimento de defesa do Sistema, este estudo torna-se relevante na medida em que busca compreender como os processos de formação de apoiadores contribuem para o aprimoramento da formação ético-política dos trabalhadores, usuários e gestores da Saúde. A presente pesquisa procura contribuir na produção de subsídios para a compreensão dos limites e desafios que os apoiadores vêm experimentando quanto à possibilidade de inserir a reflexão e a ação ético-políticas no cotidiano de suas práticas na Saúde.

Assim, este estudo surgiu da inquietação quanto ao modo como a dimensão ético-política vem sendo compreendida e vivenciada pelos apoiadores institucionais da Humanização, as implicações deste processo junto a estes sujeitos que vêm se corresponsabilizando pela tarefa de pôr em curso a Humanização como estratégia de mudança nas práticas de saúde.

Devido ao ineditismo do objeto, percebemos a necessidade de ampliar a produção de conhecimento acerca da reflexão sobre as implicações ética e política das ações destes apoiadores no cotidiano das práticas de saúde, como modo também de ampliar a compreensão acerca dos limites e possibilidades dos processos de formação de apoiadores enquanto estratégia de materialidade da dimensão ético-política da PNH.

Procuramos, na análise dos resultados, promover um diálogo entre a Humanização proposta pela PNH e outros referenciais em Ciências Humanas, como o da Bioética Social, que como campo da ética que se volta à discussão do que seja a produção do bem comum na Saúde, tem no centro de seus debates temas voltados à eliminação das iniquidades na Saúde, indo na direção da defesa dos direitos, da autonomia e do empoderamento dos sujeitos (BERLINGUER, 1996).



## **1.1 OBJETIVOS**

### **1.1.1 Objetivo Geral**

Discutir o entendimento e a vivência de egressos do Curso de Formação de Apoiadores Institucionais acerca da dimensão ético-política da Humanização.

### **1.1.2 Objetivos Específicos**

- a) Identificar o entendimento que apoiadores formados no Curso acima referido têm acerca da dimensão ético-política da Humanização nos processos de produção de saúde;
- b) Caracterizar o modo como estes apoiadores vivenciam a dimensão ético-política junto aos serviços de saúde onde atuam;
- c) Conhecer os principais desafios e dificuldades para o exercício da dimensão ético-política da Humanização pelos apoiadores participantes do estudo.



## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 A HUMANIZAÇÃO DESDE A PERSPECTIVA DISCURSIVA DA PNH

Um dos maiores desafios que tem se apresentado à PNH desde o seu surgimento é o de conferir ao termo *humanização* o sentido desejado. Por se tratar de um termo polissêmico, permite vários enunciados e imprecisões, sendo que os diversos sentidos refletem as múltiplas práticas encontradas na Saúde (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009).

O tema da humanização, em uma parte significativa das produções acadêmicas e das ações de formação da Saúde, é associado ao campo subjetivo das relações, com idealização dos sujeitos. Assim, é comum encontrar o termo associado a conceitos e valores tais como voluntarismo, assistencialismo, paternalismo, tecnicismo gerencial, distintos daqueles propostos pela PNH.

Fuganti (1990) coloca que no campo da Saúde ainda persiste em relação à humanização sentidos ligados à ideia de caridade ou religiosidade, como ser bom, sorrir, ser educado, dar mais de si, respeitar o paciente, criar um grupo de humanização no serviço. Tais sentidos produzem em geral práticas de humanização marcadas por ações individualizadas, tutelares e piedosas. Práticas marcadas por estes sentidos produzem em geral um cuidado moral e/ou prescritivo que:

(...) enfraquecem o caráter inventivo do trabalho em sua potência de produção de autonomia e protagonismo na lida cotidiana com a variabilidade constitutiva dos processos da vida e do viver (...) pensar a saúde como experiência de criação de si e de modos de viver é tomar a vida em seu movimento de produção de normas, e não de assujeitamento a elas. (NEVES; MASSARO, 2009, p. 512).

O movimento pela humanização das práticas de saúde chega aos anos 2000 associado a práticas esvaziadas do sentido instituinte que originalmente o deflagrou, sendo que, nos Programas no campo da Saúde Pública a humanização estava associada a modos de funcionar que reproduziam sentidos instituídos, incapazes de acionar movimentos

de mudança nas práticas de saúde. Neste contexto, Benevides e Passos (2005) apontam que a humanização aparece como conceito-sintoma das práticas então instituídas, pois se encontra reificado em uma idealização do homem que metrifica as experiências concretas. A humanização como conceito-sintoma aparece em práticas segmentadas por áreas e por níveis de atenção, identificadas a determinadas profissões ou a determinado gênero, e balizadas por um mercado que define que o “cliente” deve ser sempre o foco, pautando critérios padronizados de qualidade, a serem aplicados a todos os serviços, indistintamente.

Nas publicações da PNH o termo aparece associado à ideia de valorizar os sujeitos, no sentido de promover sua autonomia, protagonismo e corresponsabilidade, pautada em vínculos solidários. O desafio que a PNH tenta enfrentar é, então, o da redefinição do conceito, apartando-se desse homem ideal, metro-padrão de práticas normalizadas - e normatizadas. O humano real, concreto, que não cabe em uma norma e que não corresponde a nenhuma existência concreta, é buscado pela PNH a partir da inclusão dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, abarcando aí desde os processos de diagnóstico institucional até a elaboração de soluções para os problemas identificados e avaliação permanente destas ações. A inclusão do trabalhador, nesta acepção, implica a criação de outro lugar para ele, distinto da posição conferida pelos tradicionais modos de gestão que, ou subjuga-o, pelo controle, ou subestima-o, prescrevendo seu trabalho (BRASIL, 2008; BENEVIDES; PASSOS, 2005; PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Os valores que norteiam a PNH também aparecem ligados ao mesmo conjunto de ideias: “autonomia e o protagonismo dos sujeitos, à corresponsabilidade entre eles, ao estabelecimento de vínculos solidários, à construção de redes de cooperação e à participação coletiva no processo de gestão”. (BENEVIDES; PASSOS, 2005; BRASIL, 2008).

Assim, faz-se necessário entender um pouco sobre estes conceitos a fim de melhor alcançar o sentido de humanização proposto pela PNH.

A ideia de autonomia, em seu sentido etimológico, refere-se à produção das próprias leis ou à capacidade de se reger por suas próprias leis, designando ainda a faculdade de construir regras de funcionamento para si e para o coletivo, em oposição à ideia de heteronomia (FONTINHA, 1978).

Em relação ao termo, a PNH irá afirmar ainda que “pensar os indivíduos como sujeitos autônomos seria considerá-los como protagonistas nos coletivos dos quais participam, corresponsáveis pela

produção de si e do mundo em que vivem” (BRASIL, 2008). Neste mesmo sentido, Eirado e Passos (2004) colocam que é necessário tomar a ideia de autonomia não somente como o ato determinação de si, na escolha de regras externas, mas na potência do ato de criação de si, um ‘poder fazer’ no qual suas capacidades são desenvolvidas. Neste sentido, autonomia assume o sentido de autocriação, ou autopoiese, conceito que marca a diferença entre o que é construído por outro e aquilo que constrói a si próprio. Sem dissociar a instância criadora de sua própria criação, autonomia se constituiria então enquanto modo de operar que pode singularizar o vivo.

Já em relação ao termo protagonismo, a PNH o define como:

É a ideia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos. No processo de produção da saúde, diz respeito ao papel de sujeitos autônomos e corresponsáveis no processo de produção de sua própria saúde. (BRASIL, 2008).

Etimologicamente, o termo é formado por duas raízes gregas: *proto*, que significa ‘o primeiro, o principal’; *agon*, que significa ‘luta’. *Agonistes*, por sua vez, significa ‘lutador’. Protagonista quer dizer, então, lutador principal, personagem principal, ator principal (FONTINHA, 1978). Encontramos definição semelhante no Dicionário Houaiss (HOUAISS *et al.*, 2001), no qual protagonismo vem do grego *protagonistés* e significa o primeiro, o principal lutador, o personagem principal de uma peça dramática, pessoa que desempenha ou ocupa o primeiro lugar em um acontecimento.

Bittencourt (2008) oferece-nos outros elementos para compreender o sentido do conceito de agonística desde a Grécia Olímpica, associado à luta ou competição, expresso no termo *agoniste*. A agonística foi formulada pelos gregos para expressar o espírito de competitividade, característico do homem grego da época, que demonstrava grande disposição para atividades bélicas. A agonística exprimia então a disposição constante para a superação de forças entre os homens, sendo a canalização deste instinto de disputa para o plano das artes, política e esportes a forma encontrada pelos gregos para lidar com estes impulsos de violência e morte. O objetivo da agonística era o desenvolvimento de obras que possibilitassem a afirmação da excelência humana, da beleza e da glória, valores afirmativos da vida, através da interação de forças que garantem a superação de uma visão de mundo

pessimista, decadente, e a vitória contra a inércia e a fraqueza dos instintos vitais. Deste modo, todos os gregos tinham a oportunidade de expandir suas forças vitais, direcionando-as para a criação de obras valorosas.

O objetivo da educação agônica era, então, o bem do todo, da sociedade enquanto coletividade. Cada grego deveria desenvolver suas forças até o estágio em que isto constituísse o máximo de benefícios para a sociedade, acarretando o mínimo de danos. A partir desta interpretação, podemos nos aproximar de outro sentido para o termo, relacionado à *agonística*, à expressão do movimento de superação de forças entre os homens.

Outro princípio que nortearia as práticas de Humanização seria o da transversalidade, que consiste na mudança do padrão comunicacional na Saúde, com ampliação dos graus de comunicação intra e intergrupos. O princípio objetiva desestabilizar as fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho.

Enunciado por Benevides e Passos (2005), transversalidade aparece referenciada ao conceito formulado inicialmente por Félix Guattari, caracterizando-se como:

(...) grau de abertura que garante às práticas de saúde a possibilidade de diferenciação ou invenção, a partir de uma tomada de posição que faz dos vários atores sujeitos do processo de produção da realidade em que estão implicados. Aumentar os graus de transversalidade é superar a organização do campo assentada em códigos de comunicação e de trocas circulantes nos eixos da verticalidade e horizontalidade: um eixo vertical que hierarquiza os gestores, trabalhadores e usuários e um eixo horizontal que cria comunicações por estames. Ampliar o grau de transversalidade é produzir uma comunicação multivetorializada construída na intercessão dos eixos vertical e horizontal. (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 393).

Transversalizar é provocar modos inovadores de estabelecer conexões entre os sujeitos, seus saberes, os poderes que exercem, suas relações. Não se trata então de simples ampliação quantitativa das conexões, mas de experimentar códigos de comunicação inusitados, que

extrapolam as formas oficiais, tradicionais, instituídas de organização da comunicação e da relação entre os sujeitos. Por esta razão, os efeitos da transversalidade são inventivos e libertários (BAREMBLITT, 1992).

Já o princípio da indissociabilidade entre atenção e gestão proposta pela PNH reflete o entendimento de que tanto o *gerir* e quanto o *cuidar* são facetas de um mesmo processo. O trabalhador, no cotidiano de sua prática, elabora estratégias que nos dizem dos saberes de todo trabalho humano (BRASIL, 2008).

Para produzir esta centralidade do sujeito na Saúde, a PNH propõe como método uma tríplice inclusão nos processos de produção de saúde: sujeitos, movimentos sociais e analisadores sociais. Os sujeitos seriam os usuários, trabalhadores e gestores da Saúde. Os analisadores sociais aqueles fenômenos ou perturbações que apontam para o que não vai bem, e que quando colocados sob a luz da análise permitem uma melhor compreensão de um problema. Este conceito aproxima-se muito da noção de analisador institucional, cunhada por Lourau (2004) para definir aquilo que permite o desbloqueio e que promove a análise, pois dá condições para condensar o que estava disperso, com o objetivo de fazer emergir um material analisável, sendo então dispositivo de explicitação daquilo que estava oculto.

A partir dos espaços da gestão, do cuidado e da formação, é proposto que os sujeitos e coletivos se debrucem sobre os analisadores e possam se tornar protagonistas de propostas de intervenções nos espaços de trabalho. Tal método teria, no agenciamento entre sujeitos, potência necessária para se tornar uma prática social transformadora, de ampliação dos vínculos de solidariedade e corresponsabilidade (PASCHÉ; PASSOS, 2010).

A PNH toma como diretrizes experiências exitosas no SUS, como a cogestão, a clínica ampliada e compartilhada, o acolhimento, a valorização do trabalho e do trabalhador, a ambiência, a defesa dos direitos dos usuários, baseadas em tecnologias relacionais, isto é, em modos pelos quais os sujeitos entram em relação. Tais tecnologias se concretizam a partir de arranjos específicos de organização do processo de trabalho, chamados dispositivos, que se caracterizam pela capacidade de desencadear movimentos de mudança na realidade quando postos em curso por coletivos agenciados e engajados em práticas locais, e sintonizados com os princípios e com o método acima descritos. Os sujeitos envolvidos neste processo transformam e são transformados pelas práticas que engendram, reposicionando-se subjetivamente (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

## 2.2 A DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DA HUMANIZAÇÃO

A PNH tem afirmado que a Humanização na Saúde diz respeito a um compromisso ético-político fundamentado em valores como a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, a solidariedade dos vínculos estabelecidos, a defesa dos direitos dos usuários e a participação coletiva no processo de gestão.

A dimensão ética aparece vinculada ao processo de “(...) tomar a defesa da vida e o direito que todos temos ao desenvolvimento integral - bem como, sejamos nós doentes, cidadãos ou trabalhadores de saúde - como eixo norteador para as ações” (BRASIL, 2006).

Já a dimensão Política, inseparável da dimensão ética e estética, comparece na Humanização a partir do tema das relações de poder e da democratização institucional: “(...) é na polis que a relação entre os homens e as relações sociais e de poder se operam e que o mundo se constrói”. (BRASIL, 2006).

Segundo Campos (2007b, p. 11), “A humanização formulada pela PNH é uma estratégia política que tem funcionado ‘como um dispositivo valioso’, na medida em que amplia a agenda para a política de saúde no Brasil”. O autor percebe a PNH como política que se coloca na “contramão de práticas tecnocráticas e estratégias que se efetivam por meio de portarias e regulações de diferentes ordens”.

Mas qual sentido de política está em jogo aqui? Segundo Chauí (1995), há três sentidos mais correntes para o termo *política*. Pode ser entendida como a ação dos governantes que detêm a autoridade para dirigir a coletividade organizada em Estado, quanto às ações desta mesma coletividade, ao expressar apoio ou oposição à autoridade governamental ou à força do Estado. Pode também ser atividade realizada por ‘especialistas’ no assunto – os políticos –, que estariam ligados a organizações sociopolíticas – os partidos –, e disputariam entre si o direito de governar, a partir da ocupação de cargos e postos no Estado. E por último um sentido mais frequentemente encontrado no senso comum, associado a uma visão pejorativa da política na qual é relacionada a condutas duvidosas, permeadas por interesses particulares contrários aos interesses gerais da sociedade, obtidos por meios ilegítimos e ilícitos.

Chauí (1995) afirma que os gregos e romanos criaram o poder político, caracterizado pela separação entre a autoridade pessoal privada e o poder impessoal público, pertencente à coletividade, e entre a autoridade militar e o poder civil. Tal poder também separa a autoridade mágico-religiosa do poder temporal, além de colocar a prática da lei



como expressão da vontade coletiva e pública, definindo direitos e deveres para todos para que não seja confundida com a vontade pessoal de um governante. O poder político também se caracteriza pela criação de instituições públicas responsáveis por aplicar as leis e garantir os direitos, tendo um espaço público no qual os cidadãos discutem, deliberam em conjunto e decidem por meio do voto. Segundo a autora, a política serve para que os humanos possam expressar suas diferenças e conflitos. Por meio dela, buscam ordenar e regular seus interesses conflitantes, direitos e obrigações.

Bobbio (2010, p. 954), em seu “*Dicionário de Política*”, define o termo como o conjunto de atividades relacionadas ao Estado, afirmando ainda que “o conceito de política, entendida como atividade ou práxis humana, está estreitamente ligado ao poder”, sendo este último definido como “o conjunto dos meios que permitem alcançar uma vantagem qualquer ou os efeitos desejados” (BOBBIO, 2010, p. 955).

Ainda acerca do tema, Negri (2003) reflete que o fundamental não é *tomar o poder*, mas sim *produzir novos e diferentes contrapoderes*, focados na transformação dos espaços institucionais e da produção das normas que os definem, o que envolveria a construção de saberes, dispositivos e redes de cooperação, voltados à produção e legitimação de bens comuns.

Foucault (2005) coloca que as estratégias de assunção da vida pelo poder - a biopolítica - se dirigem à multiplicidade dos homens enquanto massa global, utilizando-se de mecanismos mais sutis que os utilizados pela sociedade disciplinar. O autor enfatiza que esta tecnologia de poder lida com o corpo em sua dimensão de multiplicidade, ou seja, a população. O que acontece com este corpo múltiplo é de interesse político e científico: os fatores que determinam os fenômenos coletivos, no que eles têm de global, com possibilidade de repercutir econômica e politicamente, serão objeto da interferência biopolítica, que buscará estabelecer uma espécie de homeostase nessa população global. Trata-se de uma assunção do poder sobre o corpo, não o corpo individual, mas a massa de corpos que constitui a espécie humana. A higiene pública, a centralização da informação, dos tratamentos médicos, da normalização do saber, as campanhas pelo aprendizado da higiene e a medicalização da população constituem ferramentas biopolíticas para interferir na velhice em todo tipo de fenômeno que incapacita para a atividade - acidentes, enfermidades, anomalias diversas -, através tanto das instituições assistenciais e outro conjunto de mecanismos, como a seguridade, os seguros, a poupança individual e coletiva. Assim, através de mecanismos globais, a

biopolítica busca assegurar estados globais de regularidade, por meio da regulamentação dos processos biológicos.

Hardt e Negri (2004), ao analisarem os trabalhos de Foucault acerca da passagem da sociedade disciplinar para a sociedade de controle, afirmam que esta se utiliza de mecanismos cada vez mais democráticos, imanes ao corpo social, difundidos pelo cérebro e corpo dos cidadãos. A inclusão e exclusão social, próprios do exercício do poder, são interiorizadas nos sujeitos, a partir de estratégias que se dão sobre os corpos. São sistemas de comunicação, redes de informação, sistemas de vantagens sociais que acionam processos de alienação autônoma: partem do sentido do viver e do desejo de criatividade.

Os autores afirmam que apenas a sociedade de controle, por ser capaz de interferir na vida desde a produção das práticas e da socialização que produzem subjetividades, penetrando inteiramente nos corpos e nas consciências, organizando a totalidade de suas atividades, estaria apta a adotar o contexto biopolítico como seu exclusivo campo de referência. A sociedade de controle, por avançar para além dos espaços estruturados das instituições sociais, permite que o biopoder penetre a vida social, utilizando-se de redes flexíveis, moduláveis e flutuantes no governo e na regulamentação da vida, de modo a assimilá-la e reformulá-la, possibilitando o efetivo domínio sobre a vida da população, administrando-a em sua produção e reprodução. Quando o poder torna-se inteiramente biopolítico, sua máquina envolve o conjunto corpo social em sua dimensão virtual, penetra nos processos de desenvolvimento da estrutura social e controla a sociedade de modo a fazê-la reagir como um corpo único (HARDT; NEGRI, 2004).

Neves e Massaro (2009) analisam o funcionamento paradoxal da estratégia de produção capitalista, que conduz uma biopolítica de formas híbridas e globalizantes de dominação, na qual as nações e população são manejadas de acordo com os interesses do capital financeiro. Tal regime de produção age sobre a expressão e a criação de modos de existência, modulando as individualidades de modo a controlá-las. Se o poder na sociedade disciplinar se fundamentava na mediação de instituições para restringir e punir, e era exercido verticalmente, na sociedade de controle ele age em rede, penetrando o tecido social, modulando as singularidades por meio de uma máquina que regula os fluxos sociais para acumular e expandir o capital, de modo a controlar a produção do desejo, da cultura e dos afetos. Nas políticas públicas de saúde, os autores localizam uma tensão entre práticas ancoradas em processos coletivos de democratização e produção de autonomia, que afirmam a saúde enquanto ‘valor de uso’, contrapondo-se à ideia de

saúde como ‘valor de mercado’, e práticas fundamentadas em estratégias de exercício do biopoder. O que se coloca para reflexão ético-política são os modos como as tecnologias, programas e leis adotadas pelas políticas públicas se atualizam no cotidiano e o que de fato produzem, quais os sentidos e conexões engendradas, qual a inclusão realmente operada, e o quanto se abrem para a multiplicidade social.

Deslandes (2005) identifica no discurso da PNH elementos de ordem ética e política, a partir da utilização de conceitos como igualdade e autonomia. Em relação aos objetivos do projeto de Humanização em saúde em curso no país, afirma que este persegue a produção de um cuidado orientado pelo reconhecimento de pessoa. Tal reconhecimento envolve o sentido de ser membro, de pertencimento a um *ethos*, um modo de pensar, de sentir, de estar com os outros e conviver com suas diferenças, a um grupo que define os próprios significados do que seja o “eu” e do que é o sujeito como concepção de uma identidade a partir de uma biografia singular, articulada a uma cultura, capaz de dotar de legitimidade a autonomia de cada um.

Ayres (2009, p. 20), por sua vez, ao analisar a proposta da PNH, localiza na PNH um caminho para a proposta da presença da ética no âmbito da construção do SUS:

Com efeito, desde suas origens (...) a proposição da humanização coloca no centro dos desafios políticos do SUS o cultivo de uma ética de emancipação dos sujeitos, realizada não por qualquer tipo de principialismo ou formalismo, mas pelo reconhecimento da centralidade da palavra, da dignidade do diálogo como meio de construção compartilhada entre sujeitos plenos de direito de uma atenção à saúde universal, equânime e integral.

A PNH, ao se colocar como aposta ético-estético-política, se inspira no paradigma ético-estético-político, enunciado por Guattari (1992) a fim de se contrapor ao paradigma científico. Neste paradigma, a dimensão ética refere-se à potência ativa derivada das práticas para coordenar a vida e escolher a forma de vivê-la, a dimensão estética seria dada pela possibilidade de criação permanente, que engendra novas formas de subjetivação e a dimensão política estaria associada à possibilidade de escolha de modos de organizar o mundo em que se quer viver. Rolnik (1993) acrescenta quanto à dimensão ética que esta é marcada pela escuta das diferenças que se fazem em nós, e que nos

permitem afirmar o devir a partir destas diferenças. Em relação à dimensão estética que esta se dá porque não parte de um campo já dado, mas da criação que encarna as marcas do pensamento, do viver. A dimensão política estaria focada na luta contra as forças que obstruem, em nós, as nascentes do devir.

Acerca da ética, ainda é usual encontrar produções acadêmicas sobre humanização que concebem como dimensão ética tudo aquilo que se situa em um polo subjetivo, relacional, onde estão os vínculos entre profissionais e usuários. Nestas produções, ética é percebida como dimensão desprovida de seu teor político, “(...) reduzida ao plano intersubjetivo/interpessoal, privado-íntimo, divorciando-a do plano da política que produz modos de existência” (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009).

A concepção mais corrente sobre ética é aquela que a coloca como reflexão sobre a moral, ou seja, a abordagem ética volta-se à análise do comportamento moral, o modo como os indivíduos internalizam e externalizam as normas sociais, e que é originado a partir do sistema de normas, princípios e valores que regulam “(...) as relações entre os indivíduos, ou entre estes e a comunidade, de tal modo que estas normas, dotadas de caráter histórico e social, sejam acatadas livre e conscientemente, por uma convicção íntima, e não de uma maneira mecânica, externa ou impessoal”. (VAZQUEZ, 1980, p. 69).

Acerca do exercício ético, Machado e Lavrador (2009) afirmam que, quando o ‘código moral’ é privilegiado, podemos optar por nos submeter a essas prescrições morais sem reflexão, ou nos relacionar com a moral de outro modo, mais criativo, onde podemos discordar ou concordar, ou ainda criar outras regras morais, considerando os jogos de forças que envolvem cada situação. Deste modo, afastamo-nos da rigidez, da intolerância, da indiferença ao que difere, e nos aproximamos da ética, o que implica necessariamente nos colocarmos em análise.

Os autores colocam que a perspectiva ética envolve um “cuidado de si”<sup>1</sup>, realizado sobre si e sobre nossas relações, e que se ativa quando

---

<sup>1</sup> A expressão ‘*cuidado de si*’ é de autoria de Michel Foucault e foi utilizada por ele para referir-se a uma complexa noção utilizada pelos gregos que designava o conjunto de atitudes, práticas e ações relacionadas que têm comum o ato de voltar-se para si mesmo – a conversão a si -, uma busca por estabelecer uma relação de retidão entre ações e pensamentos. No cuidado de si a ação correta, segundo princípios verdadeiros, é o que leva o sujeito a medir seus progressos na constituição de um eu da ação ética correta, a ser procurado no próprio sujeito. Este modo antigo de subjetivação, segundo Foucault (2010), teria sido substituído pelo modo moderno, onde a constituição de si se baseia em uma tentativa indefinida de conhecimento de si (conhece-te a ti mesmo), e que se foca apenas em reduzir a distancia entre o que sou verdadeiramente e o que creio ser. Ou seja,

nos deixamos tocar pelos afetos, pelo sensível. Ao avaliarmos os afetos que aumentam a nossa potência para agir e sentir evidenciam-se as regras e valores que nos enfraquecem, que nos causam tristeza, vergonha, e que se justificam em supostos sentidos de dever. Estas ‘inevitabilidades’ nos separam de nossa liberdade de pensar e agir, e pensar é uma potência que nos permite resistir à morte subjetiva, simbólica e física, pois que possibilita novas práticas cotidianas, mais solidárias e menos ressentidas. Nossa alegria, felicidade e paz dependem da alegria, da felicidade e da paz do outro, porque se constroem em rede, sendo uma composição de afetos.

(...) pensar a ética, intervir num plano ético, é pensar/intervir, antes de tudo, sobre nós mesmos, na vida, no viver. Potência política de expansão das redes sociais por meio do exercício ético do “cuidado de si” em sua força estética de invenção de outras possibilidades de vida, de ampliação das normatividades, de transmutação de estados de coisa. Enfim, resistência contínua a todos os modos naturalizados de sobrevivência/sobrevivência. (MACHADO; LAVRADOR, 2009, p. 517).

Pasche (2010) coloca que a ética é uma produção sócio-histórica, que se dá sobre os diferentes sujeitos, em um processo de intercessão entre o cenário social e o plano singular de da existência. A produção de novas subjetividades, capazes de darem concretude a relações fundamentadas na solidariedade e na equidade, depende de transformações que vão além de uma adequada organização dos serviços de saúde. Incluir sujeitos, coletivos e analisadores sociais expressos nas crises e perturbações possibilita nos defrontar com a alteridade, aquilo que há de estranho em nós, e pode nos conduzir a um reposicionamento subjetivo, isto é, encontrar novos modos de *ser*.

Partindo deste contexto conceitual, pensar a transposição do pensar e do agir ético-político para o plano das práticas torna-se valioso desafio. Desafio este que para a PNH vem sendo enfrentado a partir de algumas estratégias, em especial a da formação de apoiadores institucionais.

## 2.3 A FORMAÇÃO-INTERVENÇÃO

A proposta da Formação na PNH toma como principal pressuposto a indissociabilidade entre formação, produção de conhecimento e processos de intervenção nas práticas de saúde, sendo assim, simultaneamente, formação-pesquisa-intervenção. Tal premissa confere à formação um caráter inovador, pois possibilita a mudança de práticas em saúde no decurso da formação, coerente com a proposta da PNH enquanto aposta ético-estético-política.

Mas, o que seria uma proposta de formação assentada no paradigma ético-estético político? Rocha e Aguiar (2010) respondem a esta pergunta, colocando como pista três objetivos que norteariam uma formação assim concebida.

Em primeiro lugar, seria uma formação que permitisse a criação, a invenção de percursos, caminhos, modos de fazer, considerando as múltiplas forças em jogo, observando então a dimensão estética do paradigma. Seria também uma formação que permitisse a reflexão sobre o agir e o sobre o modo como nos implicamos com as instituições em questão, como meio de encontrarmos outras escolhas acerca do melhor modo de viver, em consonância com a dimensão ética. E, por último, fomentaria a constituição de um campo de intervenção capaz de problematizar e criticar a realidade ao passo em que também intensificasse o encontro entre sujeitos, correspondendo isto à dimensão política. Nesta concepção de formação, as práticas propostas tem potência de gerar modos de subjetivação e o foco não se restringe à discussão de problemas e troca de experiências, mas enfatiza a experimentação, articulada à constituição, por meio do manejo de dispositivos, de um campo problemático, um plano de questionamentos, que permite explorar as várias possibilidades de percurso.

A consistência da formação aqui se afasta da tradicional ideia de acúmulo de conceitos e informações como sinônimo de consistência, concepção ainda hegemônica, ancorada na noção de emissores e receptores do conhecimento, mesmo nos casos em que é dado a estes o *status* de sujeitos ativos do conhecimento, segundo Heckert, (2007). Tal entendimento vem atravessado pelo referencial comportamentalista-cognitivo, onde saberes e experiências dos sujeitos são relegados, redundando em práticas dissociadas dos contextos sociais, geopolíticos e culturais. Focaliza-se a mudança de atitudes partindo da premissa que os sujeitos são entes pré-existentes, abstratos, homogêneos. A noção de indivíduo, que tem sido hegemônica na Educação em função da tradição filosófica ocidental que supervaloriza o sujeito do racionalismo

cartesiano - projeto pedagógico iluminista -, alimenta uma compreensão totalizante de subjetividade, colada à ideia de ‘essência’, de ‘natureza humana’. Tal ênfase ao conhecimento da natureza humana é justificada como meio de promover o aperfeiçoamento moral.

É necessário entender as consequências de apostar em uma ‘essência da natureza humana’ que coloca a educação focada em um ideal, deixando de lado a vida real. Carvalho (2011) atribui a esta concepção equivocada a responsabilidade por muitos dos insucessos da educação. As práticas de formação engendradas a partir daí costumam se dar de modo prescritivo e voltadas à mudança de comportamento, sem protagonismo dos sujeitos. A linguagem, as estratégias de disciplinamento e o acolhimento se dão de modo a reduzir as tensões e desestabilizações produzidas no encontro dos diferentes. Os sujeitos são vistos isoladamente, ganhando relevo as noções dicotômicas, fundamentadas na lógica binária: aprende/não aprende, capaz/incapaz, lento/accelerado. As tentativas de compreensão do que se passa com os sujeitos assumem caráter classificatório e os elementos que poderiam gerar produção de sentido para o que acontece se transformam em queixas e culpabilização do outro (ROCHA; AGUIAR, 2010).

Se compreendermos formação como instituição - no sentido de representar práticas sociais historicamente produzidas, que produz verdades, objetos-saberes e modos de subjetivação -, somos levados a pensá-la enquanto prática que deve problematizar o mundo e os modos de subjetivação, a fim de provocar movimentos, estabilizações e desestabilizações. Sendo ação centrada no pensamento, não prescritiva de regras absolutas ou proibições definitivas, a formação tem potência para encorajar pensamento e corpo a vivenciar seus limites e ultrapassá-los. Dito de outro modo, a formação deve produzir movimentos afirmadores da vida, por sua potência em contagiar e perturbar os processos instituídos, agindo como força de intervenção.

Na Saúde, embora sejam empreendidos vários esforços para qualificar a formação para o SUS, práticas fragmentadoras ainda estão presentes e representam parte significativa das ações de formação. Fundamentando-se em métodos que dissociam teoria/prática, estudo/intervenção, sujeito/objeto, constituem-se em processos de formação desvinculados da experiência concreta, calcados em modos de fazer apaziguadores. Em função de uma compreensão que vê na conformidade e na unanimidade a condição para o entendimento e o desdobramento de ações, práticas homogeneizadoras, que dissociam técnica e política, não apostam em ações de intervenção nos problemas identificados nos serviços de saúde. É a discórdia, o dissenso aquilo que

gera condição para a singularização de experiências e para a coletivização das práticas (AGUIAR; ROCHA, 2010).

As diferentes realidades que estes serviços nos apresentam nos convocam a uma mudança nos modos de fazer formação, mudança que permita tomar as diferenças como movimentos de desestabilização da própria formação. Deste modo, a formação-intervenção se constitui como interferência nas forças e modos de fazer já instituídos sendo que, ao afetar tais forças e formas, produz movimentos e reinvenção dos modos de existência. Trata-se de proposta que rechaça métodos modeladores, e que se pauta na problematização das práticas em saúde (HECKERT; NEVES, 2007).

Contra modos de atenção e gestão que tutelam e que atravessam muitas das políticas de governo, engendradas para a produção de práticas reprodutoras de dependência e isolamento, coloca-se o desafio de políticas voltadas à constituição de experiências fomentadoras do protagonismo de trabalhadores da saúde e usuários. São modos de produção de saberes e fazeres pautados na experiência cotidiana concreta. Se a produção de sujeitos se faz no encontro entre forças e processos, e se informações e apropriação de conhecimentos técnico-científicos isoladamente não redundam em mudança das práticas, ações de formação problematizadoras das práticas de cuidado em saúde, dos processos de trabalho, se fazem necessárias, pois também é a partir deles que nos constituímos cotidianamente como sujeitos. Assim enunciado, o conhecimento assume uma dimensão intervencionista, entendendo-se por isto que “todo conhecer é um fazer”. Os processos de formação, assim, são tomados em suas diferentes potências, tanto como possibilidade de compartilhamento e problematização da experiência quanto em seus efeitos de potência disruptiva (HECKERT, 2007; BARROS, 2006; FUGANTI, 1990).

Esta noção difere diametralmente da formação associada à reprodução da lógica do ‘especialismo’, na qual determinados saberes e fazeres são invalidados, em detrimento de outros que objetivam tutelar o outro, afirmando o que é melhor ou pior para ele, potencializando assim, hierarquizações, pois define quem sabe e quem não sabe.

A formação-intervenção surge então com o propósito de promover mudanças. Ela é conceitualmente coerente com os princípios, as diretrizes e os dispositivos da PNH, operando a partir das práticas, com o objetivo de produzir e fomentar redes capazes de ampliar os graus de transversalidade da Política (PAVAN *et al.*, 2010). Nesta proposta, os espaços de formação voltados aos trabalhadores da saúde ganham nova potência, pois geram movimentos de mudança, em agenciamentos



coletivos, isto é, envolvendo usuários, trabalhadores, gestores e movimentos sociais - na análise e transformação das práticas, potencializando atitudes de autonomia e protagonismo.

Em razão disto, este modo de formar-intervir da PNH assumiu uma posição estratégica de difusão e capilarização da Política, apostando principalmente na formação de apoiadores institucionais como modo de ampliá-la, tanto territorialmente quanto qualitativamente.

Para consolidar este modo de formar-intervir, foram elaborados princípios e diretrizes metodológicas que norteiam as referidas ações.

A inseparabilidade entre formar e intervir está entre os princípios da formação e pesquisa na PNH. Orienta a formação e a pesquisa para que se constituam sob a forma de processos centrados na transformação das práticas. Formação e pesquisa se estruturam então como dispositivos capazes de problematizar a experiência de trabalho em saúde, possibilitando a aprendizagem indissociada de certo modo de fazer, um *aprender fazendo*. Para isto, a formação enfatiza a necessidade de ampliar os modos de compartilhamento de experiências dos coletivos, o grau de transversalidade entre eles, de forma a contribuir com a produção e fomento das redes. Como colocam Paulon e Carneiro:

Estamos, pois, afirmando a proposta de formação-intervenção como uma prática ético-política, que extrapola a clássica oferta de conhecimentos de dada profissão e que aprofunda os propósitos da educação permanente, na medida em que, além de se inserir nos problemas reais dos serviços de saúde, propõe-se a interferir nos modos de subjetivação daqueles que os habitam, produzindo, com isso, novas formas de ação. (PAULON; CARNEIRO, 2009, p. 749-750).

Outro princípio é a descentralização e a corresponsabilização loco regionais, que se refere à inclusão nas ações de formação dos coletivos que discutem a PNH nos territórios, consultores e demais parceiros. O objetivo é articular os planos de ação em Humanização em curso nos diferentes territórios às ações de formação, abrangendo inclusive a construção das funções que os consultores regionais assumirão no processo de formação.

A Avaliação Participativa e Formativa é o último princípio, e associa o planejamento e o acompanhamento avaliativo às ações de Formação e Pesquisa, tanto nas ações de formação quanto em pesquisas avaliativas que elejam algumas experiências para análise de impacto,

repercussão e resultados. Se nos modelos tradicionais de formação a tendência é a de se afirmar um modelo que servirá de medida para avaliar o que se passa nos sujeitos e daquilo que lhes falta em relação ao padrão, no acompanhamento avaliativo a proposta é que o foco se dê sobre o processo e os desdobramentos deste nos sujeitos, sempre de modo participativo, emancipatório e formativo, incluindo “analisadores” não só na avaliação dos processos em si, mas também nos modos de se avaliar.

Segundo Pavan *et al.* (2010), o que se propõe não é um modelo padrão de formação, mas arranjos alinhados tanto com o método da tríplice inclusão e com o formar-intervir em rede, considerando a experiência local e os acúmulos produzidos pelo coletivo nacional para a proposição de processos que respeitem as singularidades das experiências no SUS.

A formação proposta pela PNH objetiva contribuir para a capilarização da Política, para a construção de redes regionais, para a ampliação dos coletivos que discutem a PNH nos territórios, para o fomento da interlocução com instituições de ensino, pesquisa e saúde e com as instâncias coletivas do SUS, além da sistematização e divulgar do conhecimento produzido a partir dos processos de formação e pesquisa. Coerente com o método da inclusão, trabalhadores, gestores, usuários e movimentos sociais têm sido o público-alvo dos processos de formação da PNH.

A fim dar consistência a uma proposta de formação constituída em bases distintas dos modos tradicionais de formar, diretrizes e estratégias metodológicas foram elaboradas para oportunizar que os apoiadores em formação vivenciassem o exercício da função apoio.

Assim, os cursos da PNH são planejados envolvendo a análise local das possibilidades e necessidades de mudança nas práticas, com a participação de atores do território que se organizam em um coletivo, responsável pela concretização do processo. Estes coletivos sempre buscam a inclusão de parcerias com instituições de ensino, gestores locais e movimentos sociais da região, realizando de modo participativo a gestão do processo, em geral constituindo um colegiado gestor.

Outra estratégia metodológica é o arranjo dos apoiadores em grupos pequenos, denominados unidades de produção ou *UPs*. O termo unidade de produção é utilizado para demarcar que um dos produtos desses coletivos é a produção de saúde e de sujeitos, entendendo que estes vão se transformando ao longo do processo de formação. A ideia é que os grupos experimentem o processo de constituição de um coletivo

que se organiza para fazer atenção e gestão em rede, desenvolvendo processos de cogestão e ampliando assim sua grupalidade.

A presença de formadores e apoiadores pedagógicos nos cursos constitui-se também como estratégia metodológica. O formador tem suas funções vinculadas ao acompanhamento do processo de aprendizagem e da intervenção nos serviços, bem como o fomento da grupalidade na UP. Os apoiadores pedagógicos acompanham os formadores e as Ups, auxiliando-os do ponto de vista pedagógico e de construção de estratégias de sustentabilidade das ações de intervenção iniciadas no curso.

Por último, estes processos de formação trabalham com a construção de planos de intervenção, isto é, plano de ação que buscam interferir nas práticas de atenção e gestão das instituições. Tais planos expressam os compromissos e prioridades coletivamente definidas e compartilhadas. A proposta é que a intervenção conjugue a participação de distintos atores, trabalhadores, gestores e usuários, e que o apoiador em formação exerça a função apoio junto aos coletivos localmente constituídos para a construção do plano (PAVAN *et al.*, 2010).

Pela centralidade que a função apoio tem para a PNH, os processos de formação organizam-se, sobretudo, em torno do objetivo de formar apoiadores.

## 2.4 O APOIO INSTITUCIONAL

A Humanização proposta pela PNH tem na metodologia do Apoio Institucional sua principal estratégia de mobilização de diferentes atores (gestores, trabalhadores e usuários) em torno da tarefa de construção de projetos cogeridos que atendam a necessidade dos diferentes grupos de interesse e de superação sanitários (CAMPOS, 2000).

Tendo como diretriz a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos, o objetivo do apoio institucional é o fomento e acompanhamento de processos de mudança nas organizações, fundamentando-se em conceitos e tecnologias da análise institucional e da gestão. A principal tarefa do apoiador é então acompanhar tais processos, orientando-se pela premissa de que a produção de novos modos de fazer, novas práticas, possibilita a produção de novos modos de ser, de novos sujeitos.

O objeto de trabalho do apoiador são os coletivos que se agenciam com a finalidade de promover mudanças institucionais e uma de suas ofertas a estes coletivos é apoiar o grupo para a produção de

análises sobre os modos de produção da clínica e das relações de poder na instituição. Para isto, o apoiador busca ajudar os coletivos para que consigam realizar a análise da instituição, a partir da ampliação da capacidade de compreender os modos de operar e produzir das organizações. Isto implica no fomento do debate que articula cuidado e gestão e na problematização dos modos de interferência entre eles. A ampliação da capacidade de análise dos coletivos é buscada a partir do princípio da transversalidade, ou seja, da ampliação da interferência das diferentes práticas e saberes entre si.

De modo geral, o apoiador organiza seu trabalho a partir de alguns objetivos:

- a) Fomento da constituição de espaços coletivos, através de formas de arranjar o processo de trabalho destes grupos de modo a favorecer a interação entre os sujeitos;
- b) Propiciar que o coletivo reconheça as relações de poder e afeto presentes, bem como proporcione a circulação de conhecimentos, a fim de oportunizar projetos pactuados no coletivo. O apoiador utiliza-se do método da inclusão para tal.
- c) Mediar junto ao coletivo o processo de constituição de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos;
- d) Pautar a qualificação das ações institucionais como objeto do trabalho das funções de coordenação, planejamento e supervisão;
- e) Favorecer nos coletivos o exercício da crítica;
- f) Estimular que o coletivo adote novos referenciais para as práticas, tendo como norte a melhoria da qualidade da gestão no SUS (BRASIL, 2008).

Como propõe Campos (2003), Apoio é um modo de interagir que reconhece a diferença de papéis, de poder e de conhecimento, mas que procura estabelecer relações construtivas entre os distintos atores sociais. Reúne uma série de recursos que possibilitam lidar com os processos da saúde em sua interface com a dimensão estrutural das instituições e serviços de saúde e as necessidades imediatas dos sujeitos. Os processos voltados à qualificação das ações institucionais são, assim, o objeto do trabalho do apoiador, que os articula às ações de coordenação, planejamento e supervisão.

A partir de afetos como confiança, esperança, entre outros, que a equipe investe sobre o apoiador - a chamada transferência coletiva -, é oportunizada a criação de espaços protegidos, que permitem ao grupo uma atitude de 'suspensão' do seu modo usual de funcionar. Esta

suspensão autoriza no grupo outro jeito de estar junto, através do qual os sentimentos desagradáveis e ameaçadores podem ser tratados de forma suportável, favorecendo o exame crítico dos afetos, das contradições, diferenças e conflitos circulantes.

O que garante que o desvelamento de segredos ou de dificuldades não seja utilizado pela equipe de modo destrutivo é justamente a presença do apoiador que, auxiliando o grupo a analisar-se em uma perspectiva crítica, propicia que o grupo se autorize a admitir erros e falhas, sem desqualificar o criticado, ou seja, sem comprometer a autoestima, protegendo o grupo de rupturas indesejadas. Esta análise cria condições para a elaboração e a experimentação de projetos coletivos próprios.

A função Apoio tem sido incorporada como o modo pelo qual é possível articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários. Deste modo, o apoiador buscará incentivar os grupos a exercerem a análise crítica do trabalho e, em última instância, que a equipe seja capaz de atuar a partir de novos referenciais, reservando-se ao sujeito e ao coletivo o papel de analisador crítico destas ofertas, assimilando o que julgue relevante para a construção do seu projeto coletivo. Assim, envolve a ideia de que é necessário tanto considerar o conhecimento e experiência do grupo quanto trazer algo externo a este, pois entende que todos exercem em algum grau funções de gestão, e que estas se exercem entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder.

A possibilidade de acessar novas informações, teorias ou modelos desempenha um papel importante na reconstrução da subjetividade e da práxis da equipe, e pode contribuir para melhorar a qualidade da gestão no SUS. A função apoio se apresenta, assim, como diretriz e como dispositivo para a ampliação da capacidade de reflexão, entendimento e análise de coletivos, permitindo que estes qualifiquem sua intervenção, ou seja, sua capacidade de produzir mais e melhor saúde com os outros (BRASIL, 2008; CAMPOS, 2000).

## 2.5 A BIOÉTICA SOCIAL COMO REFERENCIAL DE ANÁLISE PARA A HUMANIZAÇÃO

A aproximação da Bioética à Saúde Pública tem oportunizado que este campo constitua-se como referencial potente para a reflexão e argumentação ética, auxiliando nas escolhas e tomada de decisão moral em situações concretas (FORTES 2002).

A Bioética, ao reconhecer que saúde e doença estão inseridas no campo universal da experiência, da reflexão e até de escolhas morais, pode contribuir para pensarmos as situações que, exatamente por serem cotidianas, e sendo assim, frequentes, nos exigem um posicionamento pautado em critérios que se norteiam por dimensões éticas, o que por consequência nos impele a considerarmos também a dimensão política nestas análises e reflexões (BERLINGUER, 2004).

Um conjunto de referenciais que tem como seu campo de análise as questões bioéticas que perpassam o processo de viver das sociedades da América Latina e do Caribe, designados como Bioética Social (GARRAFA, 2005), vem se constituindo como um referencial teórico voltado à discussão do que seja a produção do bem comum na saúde latino-americana. Assim, a Bioética Social se afirma como legítimo referencial balizador do debate acerca de temas centrais para a construção de um quadro de eliminação das iniquidades na Saúde, indo na direção da defesa dos direitos, da autonomia e do empoderamento dos sujeitos (BERLINGUER, 1996).

Abordando temas como o das desigualdades como fator de produção de doenças, a saúde como direito coletivo e dever do Estado, e o respeito ao pluralismo moral e cultural como condição para adequada análise dos problemas, a Bioética Social tem sido apontada como referencial adequado à análise crítica acerca da moralidade das políticas públicas na área da saúde, bem como para a tomada de decisão eticamente justificada (SCHRAMM; ARREGUY, 2005). O equacionamento e a conciliação de valores e interesses legítimos ligados à saúde com outros valores, igualmente importantes, como o exercício responsável da autonomia individual, o direito à segurança e à proteção pessoal, o direito à informação qualificada, à cultura e à educação são temas que têm se colocado como desafio para a Bioética Social (GARRAFA, 2009).

Em relação ao pluralismo moral, Garrafa afirma que estamos imersos em um contexto onde a diversificação crescente de costumes e princípios faz com que se torne cada vez mais complexo equacionar a ética da liberdade individual, a ética das necessidades coletivas e a aplicação dos avanços da ciência e da tecnologia:

Em uma sociedade na qual a maioria dos indivíduos são agentes morais autônomos, com distintos critérios sobre o que é o bem ou o mal, sobre o que é certo e o que é errado, a relação médica, no sentido da relação interpessoal (ou mesmo com o coletivo), pode ser já, não só, eventualmente conflitiva mas essencialmente conflitiva. O pluralismo moral é a marca irreversível dos atuais tempos, seja de origem política, religiosa, sexual, racial ou outra qualquer. (GARRAFA, 2009, p. 2).

É recente a percepção acerca da pluralidade moral das sociedades, embora esta diversidade desde sempre estivesse presente. O capitalismo acentuou a necessidade das sociedades de responderem prontamente às demandas do consumo, levando a um quadro de crescente interdependência, onde os países periféricos têm sido impedidos de constituírem estratégias políticas e econômicas independentes (GARRAFA; PORTO, 2004). Deste modo, o capitalismo tem afetado diferentemente os padrões morais das diferentes sociedades, acentuando o conflito entre interesses locais e interesses globais. As distintas culturas cada vez mais têm se aproximado, acentuando-se a percepção de diferenças morais e de interesses.

Em relação a esta temática, Berlinguer (2004) introduz a noção de saúde global, que seria aquela saúde a que todos os sujeitos humanos têm direito, argumentando que este conceito é central para a reflexão bioética porque, ao mesmo tempo em que a saúde é um dos processos mais íntimos da pessoa, é também um dos fenômenos mais ligados à vida coletiva. Esta dimensão de globalidade também se dá em função de ser a saúde um bem indivisível, sendo o gênero humano ligado por um destino comum. Há um paradoxo na situação atual, onde as finanças, a informação, os conhecimentos científicos, a migração dos povos e das mercadorias, a criminalidade, a produção e o consumo são globalizados, e um bem tão essencial como a saúde seja negligenciado ou deteriorado por um fenômeno invasivo e proeminente que é a globalização.

A partir de um cenário como este, faz-se necessária a instauração de uma nova discussão ética, que possibilite a proposição de parâmetros para o diálogo entre moralidades diferentes, possibilitando a busca por uma convivência mais equilibrada entre países centrais e periféricos, ou seja, entre aqueles que detêm o poder e os que estão submetidos a ele, (GARRAFA; PORTO, 2004).

Garrafa (2005), que identifica entre os teóricos latino-americanos a tendência de pautar o tema da justiça sanitária como parte da agenda da Bioética, reafirma a necessidade de uma ação política concreta para a transformação social, como meio desta contribuir para a construção de justiça social. Assim, por meio da inscrição da política na Bioética, sugere que esta possa se aproximar de uma perspectiva libertária.

Neste sentido, Berlinguer (1987) na obra *Medicina e Política* desenvolverá o conceito de *consciência sanitária*, como sendo “a tomada de consciência de que a saúde (...)é um direito da pessoa e um interesse da comunidade”, e frisa: (...)como este direito é sufocado e descuidado, consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar este objetivo” (p.5).

O autor localiza nas forças sindicais e políticas um papel relevante na formação desta consciência sanitária, assinalando que são as instituições constituintes da democracia organizada as responsáveis para que a educação sanitária não se transforme em obra dispersa e fragmentaria. Coloca ainda que a educação sanitária pode ser ação voltada às massas, e os especialistas assumem importante função *se* fomentam experiências de formação articuladas aos movimentos organizados dos trabalhadores e dos cidadãos, ou seja, de base de uma consciência sanitária.

Ainda analisando o caso italiano, Berlinguer coloca a formação de uma nova consciência sanitária entre os trabalhadores como premissa para formação de uma consciência social nova entre os médicos no futuro. Mas já então alertava que a dificuldade enfrentada por estes profissionais de ver reconhecida e apreciada uma função socialmente ativa poderia levá-los ao exercício de funções puramente terapêuticas e para orientações conservadoras. Já nos idos anos 70 o autor localizava na reforma universitária e na reforma sanitária as duas premissas institucionais capazes de fato de conferir organicidade e continuidade à educação sanitária de massa e à formação médico social dos trabalhadores sanitários.

E David Capistrano Filho, ao prefaciар a obra de Berlinguer, sabiamente assinala em relação ao título do livro - *Medicina e Política*:



(...) o conteúdo corresponde ao título, o qual nós brasileiros viventes em 1978, tendemos a traduzir para *saúde e democracia*. Saúde porque nele não se trata de medicina, *strictu sensu*. Democracia, porque a política que serve ao progresso sanitário (...) é unicamente aquela que propugna a conquista, a defesa e a ampliação constante da democracia, hoje aspiração maior do nosso povo” (CAPISTRANO FILHO *apud* BERLINGUER, 1987, prefácio).

Ao analisar o impacto do desenvolvimento industrial para a humanidade, Berlinguer (1993) enfatiza que em menos de um século esta grande transformação social fez com que a expectativa de vida média da população dobrasse, atribuindo este sucesso obtido com a industrialização ao desenvolvimento das forças produtivas, ao aumento na produção de bens, ao desenvolvimento das ciências médica, biológica e química e a uma maior socialização destas descobertas científicas. Mas assinala uma crise nas relações entre o homem e a doença, causada pelo fato de que os progressos científicos não atingem toda a humanidade, colocando o que nós chamamos de centralidade da questão do *acesso* aos serviços de saúde e tecnologias associadas. Outro fato desencadeador desta crise seria o fenômeno da queda da duração da vida, inversamente proporcional ao nível de exposição ao modo de produção capitalista, gerador da subtração das funções naturais e da redução dos anos de vida.

O autor irá defender uma Bioética Cotidiana, argumentando que a atenção da Bioética tem se dirigido aos casos de situações limites, negligenciando-se com frequência os problemas morais e científicos que envolvem milhões e até bilhões de homens na vida cotidiana. É comum que os casos eventuais de eutanásias sejam foco da discussão bioética, mas desta discussão ficam excluídas as milhões de cacotanásias, as péssimas mortes prematuras e não merecidas que acontecem por alta de prevenção e tratamento, um exemplo flagrante de que as escolhas feitas pelas políticas de saúde têm sido atravessadas por decisões de caráter ético e político.

Sobre a relação entre ciência e tecnologia, e sobre a relação destas com o poder, o autor irá detectar uma preferência das ciências biomédicas e da ação sanitária pelas tecnologias avançadas em função destas mais facilmente granjearem sucesso, prestígio e lucro, em detrimento daquelas destinadas ao amplo interesse coletivo. Tal

fenômeno produziria mais ações voltadas à reparação que à prevenção (BERLINGUER, 1993).

Em outra obra, o autor irá seguir com o tema das iniquidades, afirmando que em uma época caracterizada como “(...) a que viu na história tanto os maiores progressos com relação à saúde humana como o maior número de vítimas evitáveis”, compreende-se “(...) porque ressurgja novamente o tema do bem e do mal; porque se discute como agir para o bem: baseados em quais princípios, dirigidos a quais objetivos, com quais métodos”. (BERLINGUER, 1996, p. 15).

Assim, ao pautar em sua agenda temas tão centrais para a Saúde e para as Políticas Públicas, que indissociam ética e política, a Bioética Social estabelece uma ponte conceitual consistente para a análise das questões e conflitos ético-políticos que se colocam para a Humanização, pois esta se insere como ação que atravessa o cotidiano dos serviços.

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Para esta pesquisa foi utilizada metodologia de abordagem qualitativa dos dados, sendo estudo de caráter exploratório-descritivo.

A opção pela abordagem qualitativa se justifica a partir da própria natureza do objeto em questão, que implica no uso de conceitos abstratos como ‘compreensão’, ‘vivência’, ‘dimensão ético-política da Humanização’. Tal objeto inscreve-se no domínio daquilo que é próprio à natureza do ser humano, e como tal, não admite mensurações, pois se refere à singularidade presente no espaço das emoções, percepções e vivências, ou seja, aquilo que não encontra expressão em números (BOSI; MERCADO, 2007).

Trata-se de pesquisa implicada, na qual as diferentes inserções da pesquisadora – na coordenação do referido processo de formação de apoiadores e como consultora da PNH – foram consideradas ao longo da pesquisa. Desde a perspectiva da pesquisa implicada, que não dissocia o objeto investigado do sujeito que investiga, a garantia de cientificidade da pesquisa se dá justamente quando são mostradas as implicações do pesquisador com a situação de pesquisa, residindo aí o essencial do trabalho científico. Ao questionar a polarização sujeito-objeto, a pesquisa implicada trata a subjetividade desde a perspectiva do paradigma ético-estético. Tal paradigma busca singularizar as experiências humanas, em vez de generalizá-las, em um compromisso social e político com a realidade investigada. A cientificidade abordada aqui é aquela que busca incluir a complexidade, que se aproxima dos vários planos de análise e jogos de forças que compõem a realidade e que intervêm sobre sujeitos, objeto investigado, pesquisadores e instituições envolvidas (PAULON; ROMAGNOLI, 2010).

Neste estudo, o vínculo formado entre a pesquisadora e os sujeitos do estudo, bem como o fato da mesma estar atuando como consultora da PNH por ocasião das entrevistas, tornou-se fator a ser considerado e analisado. Na conversa introdutória à entrevista, tal implicação foi abordada pela pesquisadora, no sentido de deixar clara a intenção de desvelar o que de fato ficou como vivência e compreensão acerca da dimensão ético-política. As relações do apoiador com as instituições envolvidas também foram trazidas para análise, sendo expressos pedidos de absoluto cuidado com o tratamento de algumas falas, a fim de não expor os sujeitos. O desejo da pesquisadora de que o

estudo pudesse gerar subsídios para a qualificação de futuros processos de formação de apoiadores foi explicitado, a fim de que os apoiadores buscassem verbalizar as suas reais opiniões e críticas em relação ao objeto estudado.

### 3.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Estado de Santa Catarina, envolvendo duas das macrorregiões que participaram do Curso de Formação de Apoiadores Institucionais para a Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde, realizado em 2009. O curso teve como objetivo estratégico difundir a PNH em Santa Catarina e fortalecê-la nas localidades que já tinham planos de Humanização em andamento.

Inicialmente, estava prevista uma parceria que envolvesse também o Estado do Paraná, através de sua Secretaria de Estado da Saúde, mas esta parceria não chegou a ser efetivada. Houve, no entanto, o entendimento por parte das instituições parceiras do curso em Santa Catarina de que seria possível ofertar 12 vagas às instituições paranaenses que desejassem e pudessem arcar com os custos de deslocamento. Assim, 4 trabalhadores do Paraná participaram da formação, que ao seu final teve 64 apoiadores formados.

O objetivo do curso era formar sujeitos com capacidade de propor intervenções nas práticas dos serviços de saúde, de modo a fomentar e consolidar processos de mudanças na gestão e nos modos de atenção à saúde, a partir do referencial da PNH. Tal objetivo sustenta-se na proposta metodológica da formação-intervenção. Seu público-alvo era trabalhadores da Saúde, nível médio ou universitário, com inserção e atuação direta em serviços que participam do SUS.

O projeto do curso de formação previu uma meta de formação de 80 apoiadores institucionais, mas de fato apenas 60 participantes em Santa Catarina conseguiram apoio do gestor para ingressar nesse processo de formação.

Em Santa Catarina, oito macrorregiões foram envolvidas, totalizando 28 municípios participantes. Dentre as instituições envolvidas, estiveram duas gerências regionais de saúde, 24 secretarias municipais de saúde e 12 hospitais.

Realizado na modalidade de aperfeiçoamento, o curso teve início em maio de 2009, finalizando em dezembro do mesmo ano, com

duração total de 230 horas. Parte desta carga horária foi presencial (160 horas) e parte foi realizada à distância, via plataforma virtual TelEduc<sup>2</sup>.

Foram realizados cinco encontros presenciais de dois dias cada, em Florianópolis, reunindo apoiadores e formadores de todas as macrorregiões. Também foram realizadas 56 horas de atividades presenciais nas macrorregiões, chamados encontros loco regionais.

O financiamento do curso efetivou-se através da parceria institucional, sendo 80% do recurso aportado pelo Ministério da Saúde e 20% pela SES/SC, que executou o projeto, através da Escola de Saúde Pública. A SES/SC também custeou a formação de formadores, um curso de 50h, realizado ainda em 2008 e que visava preparar os formadores que acompanhariam o processo pedagógico dos grupos de apoiadores nas macrorregiões.

Houve também outros modos de aporte de recursos ou contrapartidas, como foi o caso da Universidade Federal de Santa Catarina, que participou do colegiado gestor do curso durante a fase de planejamento e execução, destinando carga horária de docentes para esta finalidade e também para participarem dos encontros presenciais, além da presença de bolsistas de graduação e mestrado que contribuiriam com a realização do processo. A PNH, além de parte do financiamento, contribuiu para o curso com a presença de consultores, que constituíram a maior parte dos docentes que passaram pelo curso. Outra contrapartida foi o apoio à gestão do processo, prestada via suporte da Câmara Técnica de Formação e Pesquisa da PNH e da presença de consultor para apoio às ações de planejamento, monitoramento e avaliação durante o curso. Os municípios participantes custearam as despesas dos apoiadores durante a realização do curso.

A gestão do curso foi realizada de modo participativo, a partir de duas instâncias: um Colegiado Gestor, com representantes das instituições parceiras e apoiadores pedagógicos, acionado para decisões cotidianas, e um Colegiado Ampliado, composto pelo colegiado gestor e formadores, fórum de discussão de temas mais amplos.

A avaliação do processo foi realizada a partir da metodologia proposta para tal pela PNH, o Acompanhamento Avaliativo, que propõe atividades de acompanhamento e avaliação com caráter formativo, participativo e regulatório. Tal metodologia orientou tanto o modo de avaliar o curso durante sua execução quanto o modo de orientar a

---

<sup>2</sup> Ambiente virtual gratuito para ensino à distancia, criado pela equipe do Núcleo de Informática na Educação da Unicamp.

formação dos apoiadores, dando ênfase no diagnóstico orientador para a formação.

Os conteúdos abordados no curso foram organizados em quatro programáticos:

- a) O SUS e a PNH, princípios e estratégias;
- b) O Apoio Institucional e análise de demanda em saúde;
- c) Dispositivos e ferramentas de intervenção;
- d) Humaniza SUS e as Redes Sociais.

Entre as estratégias pedagógicas adotadas destacamos a organização dos apoiadores em Unidades de Produção (UPs), grupos de até 12 integrantes, por macrorregião, que funcionaram como coletivos organizados para a produção de saúde, com foco no fomento às redes macrorregionais. Foi utilizada também a estratégia de contar com oito formadores e três apoiadores pedagógicos, que acompanharam e apoiaram o desenvolvimento dos planos de estudo e planos de intervenção das UP's. Formadores e apoiadores pedagógicos passaram por formação específica de 50 horas para o exercício da função.

Outra estratégia pedagógica adotada para que os participantes de fato pudessem experimentar a função Apoio foi a construção e implementação, ao longo de todo o processo, de Planos de Intervenção, que consistiam em planos orientadores dos processos de reorganização de práticas nos serviços, um exercício cartográfico de registro da processualidade envolvida na construção da intervenção.

Os Planos de Intervenção realizados durante o Curso partiam do pressuposto metodológico de que formação e intervenção não se dissociam, funcionando como dispositivos que colocavam ao participante o exercício da função apoio, ou seja, de fomentar entre os grupos de sua instituição de origem a análise coletiva das potencialidades e desafios para a humanização das práticas, sempre de modo negociado e pactuado com os diversos atores envolvidos.

Entre as diretrizes da PNH focalizadas nos Planos realizados ao longo do Curso, a mais frequente foi a Cogestão, conforme quadro 1.

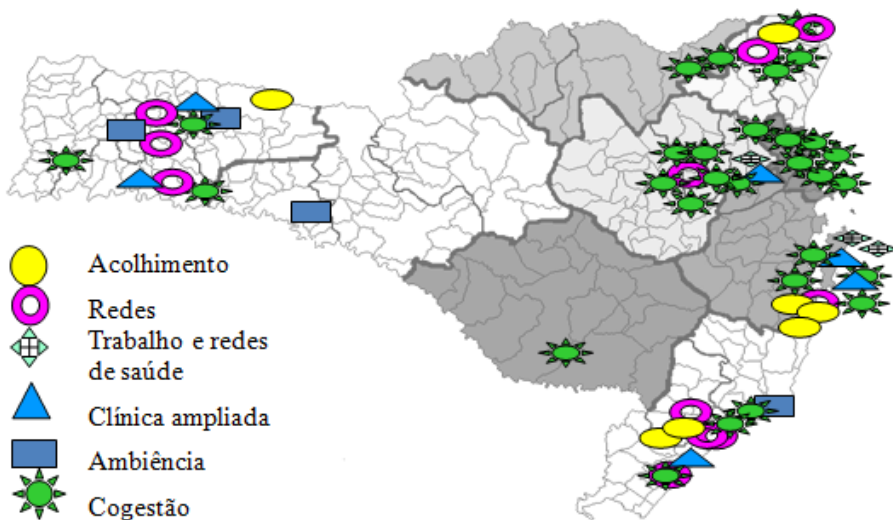
Quadro 1- Distribuição das diretrizes da PNH trabalhadas pelos apoiadores em seus Planos de Intervenção

Diretriz da PNH	UP FPOLIS 1	UP FPOLIS 2	UP CRICIUMA	UP ITAJAI	UP BLUMENAU	UP JOINVILLE	UP CHAPECÓ	UP PARANÁ	TOTAL
Acolhimento	-	03	02	-	-	01	01	-	07
Ambiência	-	-	01	-	-	-	03	-	04
Cogestão	02	03	03	06	07	05	03	02	31
Clínica ampliada	02	-	01	-	01	-	02	01	07
Defesa dos direitos dos usuários	-	-	-	-	-	-	-	01	01
Redes de produção de saúde	-	01	04	-	01	02	03	-	11
Trabalho e redes de saúde	02	-	-	-	01	-	-	-	03
<b>TOTAL</b>	<b>06</b>	<b>07</b>	<b>11</b>	<b>06</b>	<b>10</b>	<b>08</b>	<b>12</b>	<b>04</b>	<b>64</b>

Fonte: Relatório final do Curso de Formação de Apoiadores Institucionais de Santa Catarina, 2009.

A distribuição das intervenções se deu de modo heterogêneo no que se refere à distribuição no território. Houve maior concentração de planos nas áreas litorâneas e no Oeste de Santa Catarina, como aparece na Figura 1.

Figura 1 – Distribuição dos planos de intervenção realizados pelos apoiadores no estado de Santa Catarina.



Fonte: Relatório final do Curso de Formação de Apoiadores Institucionais de Santa Catarina.

### 3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Por conveniência da pesquisadora, o universo inicial de sujeitos do estudo eram os 21 apoiadores formados nas macrorregiões de Florianópolis e Blumenau. O critério para inclusão dos apoiadores na pesquisa foi o de terem concluído o processo de formação e recebido certificação. Foi buscado o contato com os 21 sujeitos, destes, 13 responderam ao contato e 11 efetivamente participaram do estudo.

### 3.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados empíricos ocorreu através de pesquisa documental e de entrevista semi-estruturada. O período destinado à coleta de dados compreendeu os meses de março a julho de 2012, conforme cronograma (APÊNDICE A).

A opção pela pesquisa documental se deveu à sua aplicabilidade em situações nas quais é necessário observar o processo de maturação



ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros, conforme Cellard (2008). Para a pesquisa documental trabalhamos com fontes primárias produzidas pelos apoiadores, ou seja, os 21 relatórios dos planos de intervenção dos apoiadores das duas macrorregiões de saúde incluídos no estudo. O acesso a estes documentos se deu mediante autorização da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Prof. Msc. Osvaldo de Oliveira Maciel (ANEXOS A e B), instituição responsável pelo banco de dados em questão.

Já as entrevistas foram realizadas com os 11 sujeitos do estudo, a partir de roteiro semiestruturado (APÊNDICE D), elaborado de modo a possibilitar a coleta de informação imediata e corrente, a partir de um esquema básico flexível, que favoreceu a liberdade de expressão, adaptações, esclarecimentos e aprofundamentos de questões planejadas ou imprevistas (LUDKE, 1986). Segundo Triviños (1987), esta técnica enriquece a investigação por sua maior liberdade e espontaneidade, além do fato de, mesmo dando relevância ao sujeito e mantendo a presença consciente e atuante do pesquisador, favorecer não apenas a descrição do fenômeno, mas sua compreensão em dimensões ampliadas.

Para elaboração do roteiro de entrevista foi realizada a identificação dos sentidos atribuídos nas publicações relacionadas à PNH quanto à dimensão ético-política. Após a identificação dos sentidos, foi possível a construção do roteiro de entrevista. Este roteiro foi submetido a teste piloto e avaliado por especialistas. Para a realização das entrevistas foi feito contato com os apoiadores a fim de apresentar a proposta de pesquisa, e mediante a concordância dos sujeitos com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE C), foram agendadas as entrevistas em suas cidades de residência.

Foram realizados questionamentos verbais diretos ao sujeito da pesquisa, de modo individual, que buscaram uma aproximação ao sentido conferido pelos apoiadores quanto à dimensão ético-política da Humanização, bem como ao modo como estes a têm vivenciado. Durante a entrevista foi utilizado gravador a fim de registrar o conteúdo das falas, mediante concordância prévia do sujeito de pesquisa quanto ao uso deste tipo de registro.

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Após a etapa de realização das entrevistas, foram feitas as transcrições destas, e estes dados, juntamente com o conteúdo dos planos de intervenção, foram tratados qualitativamente utilizando-se a

Análise de Conteúdo Temática, proposta por Bardin (2010), um conjunto de técnicas de análise das comunicações, voltada à extração de significados temáticos, ou significantes lexicais. Por meio dos elementos mais simples do texto, foram relacionadas as frequências de citação dos temas, palavras ou ideias, a fim de medir o peso relativo atribuído aos distintos assuntos pelos sujeitos. A análise seguiu os parâmetros apresentados por Bardin (2010), sendo utilizados três pólos cronológicos propostos pela autora para a organização dos dados. De modo sintético, os dados seguiram esta sequência de análise:

- a) Pré-análise. Nesta fase lidamos com os aspectos a serem submetidos à análise e a elaboração de elementos que oferecessem subsídios para as considerações finais. Iniciou-se com uma leitura flutuante, que permitiu a aproximação com os planos de intervenção e a transcrição das entrevistas. A partir daí, uma leitura mais acurada permitiu a elaboração do plano de análise no qual foi organizada a sequência de planos a serem submetidos à análise. Após, seguindo-se os critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, optou-se por iniciar por aqueles planos elaborados pelos apoiadores que não participaram das entrevistas, a fim de garantir uma maior abrangência em relação ao conjunto de sujeitos do estudo.

Exploração do material. Esta fase consistiu na organização e decodificação dos dados em unidades temáticas, subcategorias e categorias. As etapas de organização e categorização dos dados foram desenvolvidas articuladas a uma pesquisa correlata, um estudo avaliativo multicêntrico acerca dos efeitos dos processos de formação da PNH na produção de saúde no SUS, envolvendo os estados de Santa Catarina, Rio Grande do Sul e São Paulo. O processo de tratamento e análise dos dados se deu então por meio do software Atlas-ti®, adquirido pela pesquisa multicêntrica. As demais despesas do presente estudo foram custeadas pela pesquisadora (APÊNDICE B).

O material foi inserido no software Atlas-ti® e iniciou-se a identificação das unidades temáticas, mediante a livre codificação dos sentidos encontrados no discurso dos apoiadores.

As unidades temáticas deram origem a três categorias e dez subcategorias.

A fim de demonstrar a organização dos dados, apresentamos os diagramas abaixo (figuras 2, 3, 4 e 5).

Figura 2- Diagrama das categorias e subcategorias associadas à compreensão e vivência da dimensão ético-política.

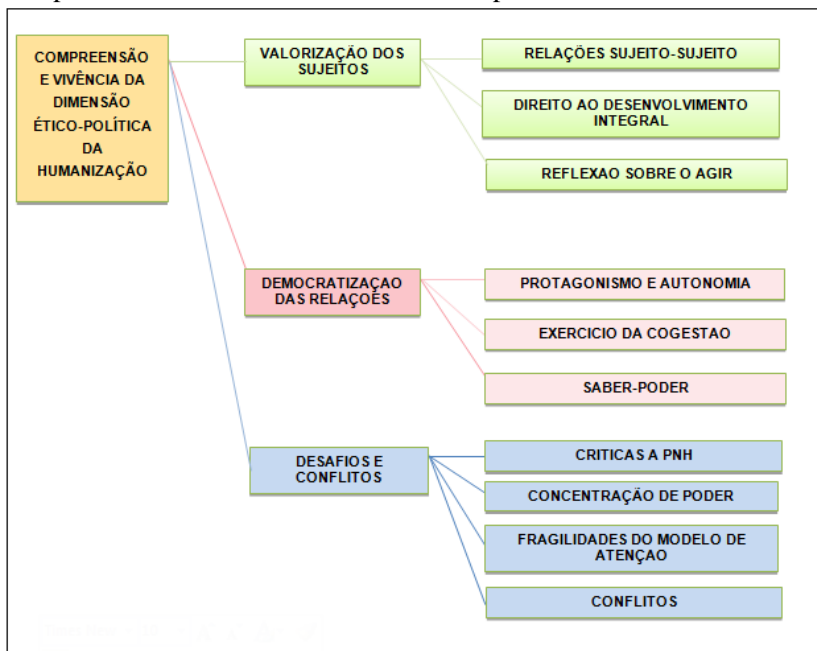


Figura 3- Diagrama da categoria *valorização dos sujeitos* com suas subcategorias e unidades

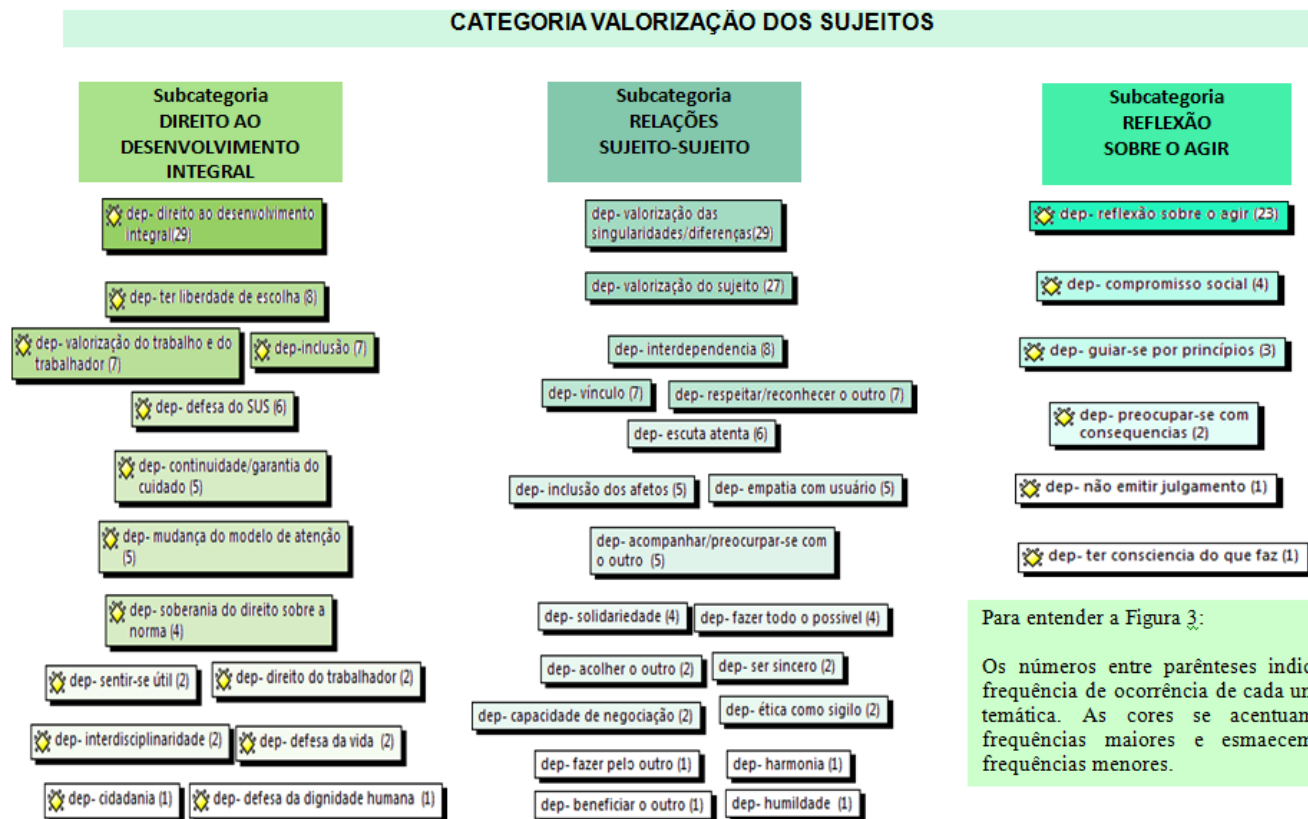


Figura 4 - Diagrama da categoria *democratização das relações* com suas subcategorias e unidades temáticas

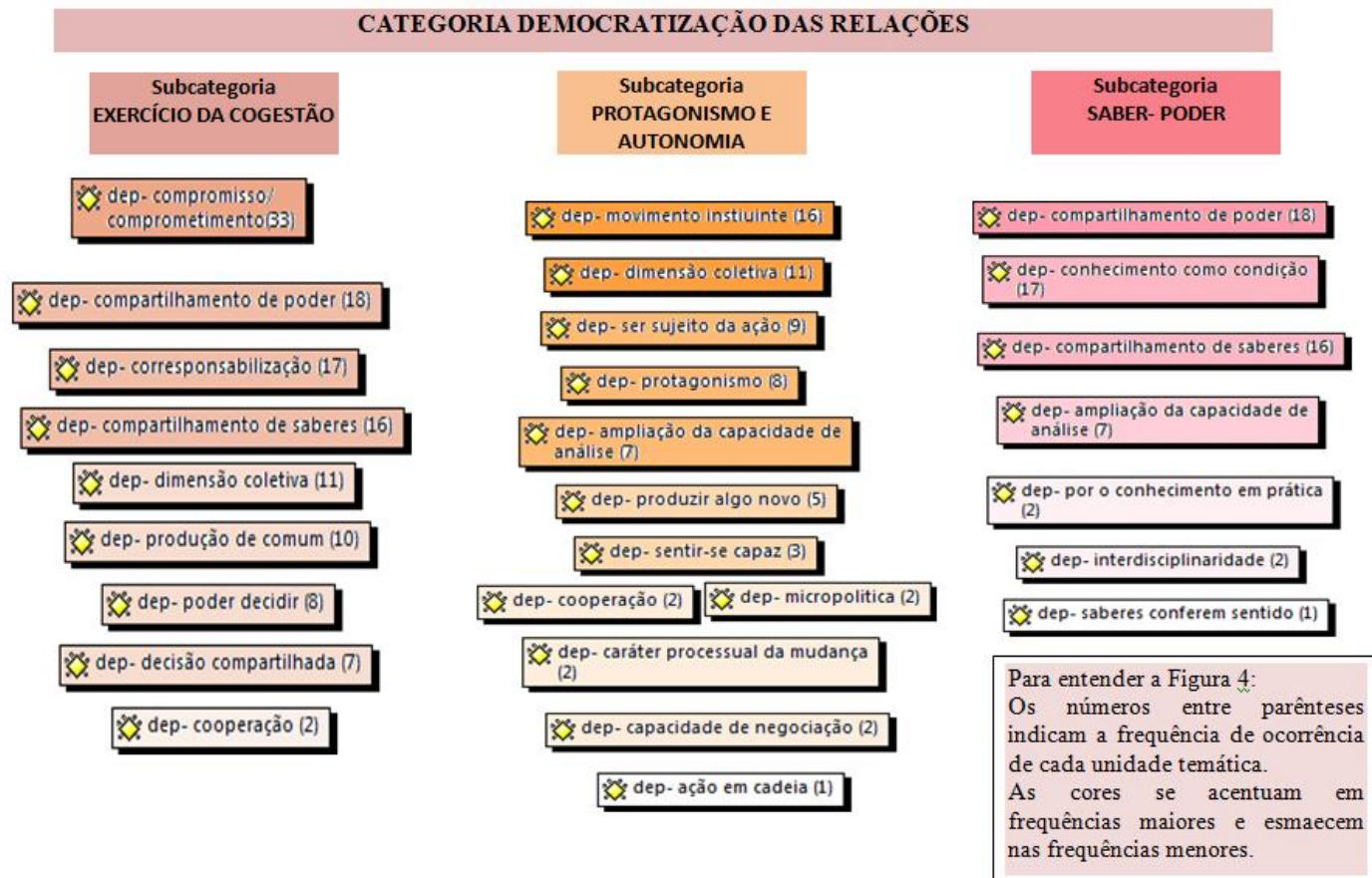
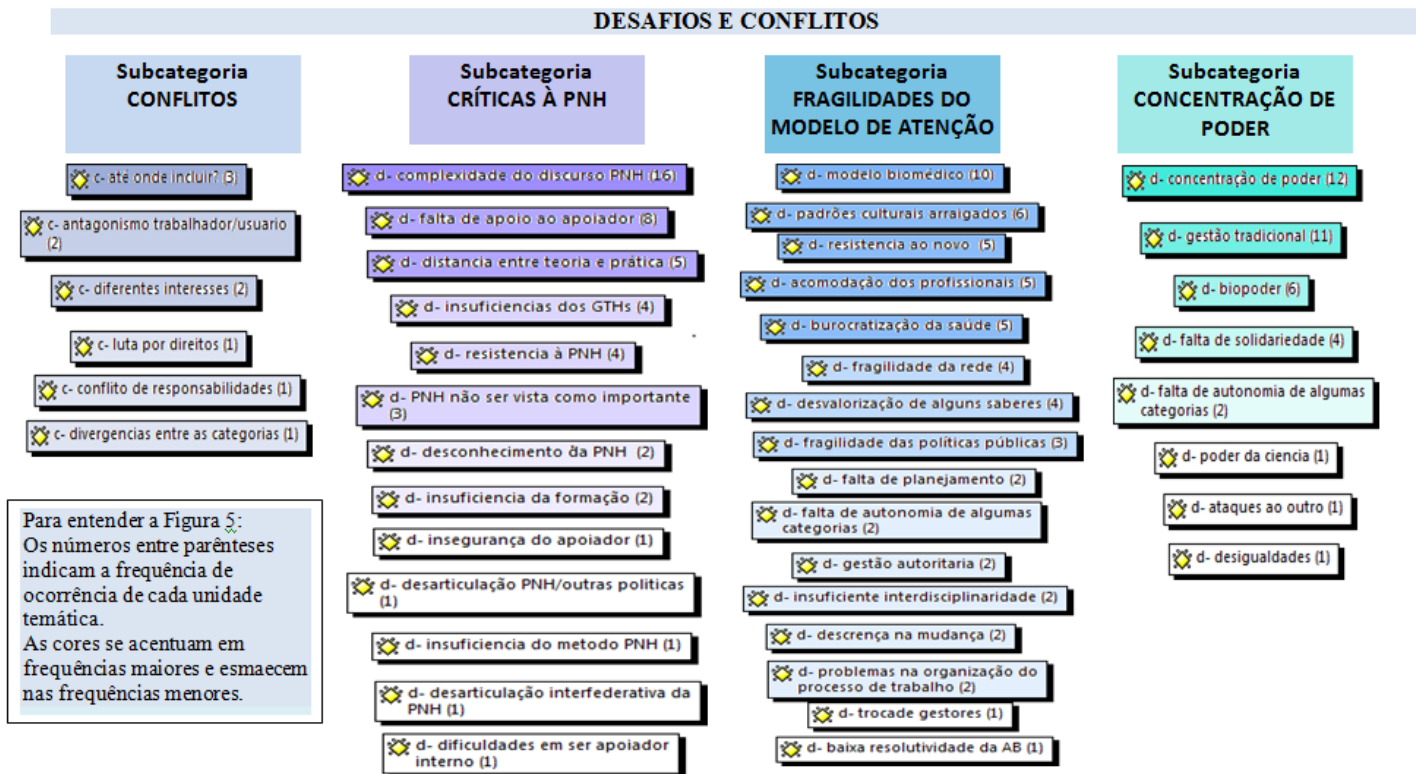


Figura 5 - Diagrama da categoria *desafios e conflitos* com suas subcategorias e unidades temáticas

- b) Tratamento dos resultados obtidos e a interpretação. Após a categorização, foram realizadas as inferências e a interpretação dos resultados, utilizando-se da análise temática das falas dos sujeitos de pesquisa para identificar os sentidos e a vivência da dimensão ético-política no discurso dos sujeitos. Por último, completamos as categorias que requeriam maior desenvolvimento ou precisão. Isto também implicou revisar os dados já analisados.

### 3.6 LIMITAÇÕES DO MÉTODO

A escolha por sujeitos de duas macrorregiões envolvidas no curso poderia se apresentar como uma limitação do estudo, a ser considerada na análise dos dados.

Em relação às entrevistas, identificamos que o tempo decorrido desde o término do curso fez com que muitos dados já tivessem se alterado, inviabilizando o contato com alguns apoiadores das macrorregiões selecionadas para o estudo.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi apresentado à Escola de Saúde Pública de Santa Catarina – Prof. Msc. Osvaldo de Oliveira Maciel, para autorização do acesso aos documentos produzidos durante a Formação de Apoiadores Institucionais (ANEXOS A e B), visto que este órgão foi o executor do curso e é responsável pelos referidos documentos. O projeto também foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, instituição proponente à qual a pesquisadora responsável, Prof<sup>a</sup> Dra. Marta Verdi, está vinculada. Mediante parecer favorável do Comitê de Ética (ANEXO C), os sujeitos de pesquisa foram convidados a participar do estudo, sendo sua adesão voluntária. Foi assegurado o direito de se retirarem da pesquisa em qualquer etapa do estudo.

O estudo foi apresentado aos voluntários que aceitaram participar da pesquisa e os indivíduos foram orientados quanto aos seus objetivos e procedimentos. Após, aqueles que concordaram foram convidados a assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

O caráter confidencial das informações foi garantido através do armazenamento do material produzido em local de acesso restrito aos pesquisadores. O anonimato foi preservado e mantido através da adoção

de nomes de pensadores gregos, evitando assim, uma possível identificação dos entrevistados. Os dados obtidos tiveram finalidade exclusiva para o projeto de pesquisa ao qual se vinculam. Após o término do estudo, as informações levantadas foram arquivadas, sendo armazenadas por um período de cinco anos ao fim dos quais serão incineradas. Os pesquisadores responsáveis comprometeram-se em fornecer o retorno dos resultados a todos os participantes do estudo através de envio do artigo produzido e de apresentação dos resultados em encontros temáticos sobre Humanização nas macrorregiões abordadas no estudo.



## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Conforme o Regimento do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, que define a apresentação dos resultados da dissertação de mestrado sob o formato de artigo científico, apresentaremos esta etapa do estudo no artigo que compõe a parte II desta dissertação.

Para o referido artigo optou-se por apresentar e discutir os resultados de duas das três categorias identificadas: a valorização dos sujeitos e a democratização das relações. A terceira categoria - desafios e conflitos associados à dimensão ético-política - será abordada posteriormente, em outro artigo científico.



## REFERÊNCIAS

- AYRES, José Ricardo. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 2, p. 11-23, abr-jun, 2009.
- BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BAREMBLITT, Gregorio. **Compêndio de análise institucional**. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 1992.
- BARROS, José Augusto. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 1, p.67-84, jan-jul, 2002.
- BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo; CECCIM, Ricardo (Orgs.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 131-151.
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.
- BERLINGUER, Giovanni. **Medicina e política**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1987.
- \_\_\_\_\_. **Questões de vida**. São Paulo: APCE, Hucitec e CEBES, 1993.
- \_\_\_\_\_. **Ética da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- \_\_\_\_\_. **Bioética cotidiana**. Brasília: Unb, 2004.
- BITTENCOURT, Renato Nunes. O sentido da agonística para a vida ou a disputa de Nietzsche. **Morpheus-Revista Eletrônica em Ciências Humanas, Conhecimento e Sociedade**. Ano 08, nº. 13, 2008. Publicação on-line semestral. Disponível em: <http://www.unirio.br/morpheusonline/renato%20nunes.htm>. Acesso em: 29 out 2011.

BOBBIO, Norberto. **Dicionário de política**. 13. ed. Brasília: Unb, 2010.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). Universidade Federal Fluminense (UFF). Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). **Projeto de cooperação técnica: curso de formação de formadores e de apoiadores para a Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

\_\_\_\_\_. **Saúde Paideia**. São Paulo; Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? In: **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar/ago, 2005.

\_\_\_\_\_. O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1865-74, 2007a.

\_\_\_\_\_. A humanização é uma estratégia política. In: BARROS, Maria Elizabeth Barros de; SANTOS FILHO, Serafim Barbosa (Orgs.). **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí, 2007b. p. 11-15.

CARVALHO, Alonso Bezerra de. O Apolíneo e o Dionisíaco: O caráter agonístico da educação. **Revista Sul-Americana de Filosofia e Educação**, Brasília, v. 10, n. 2, out. 2011. Disponível em: <<http://seer.bce.unb.br/index.php/resafe/article/view/5419>>. Acesso em: 11 set. 2012.

CELLARD, André. **A análise documental**. Petrópolis: Rio de Janeiro, Vozes, 2008.

CHAUI, Marilene. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 1995.

DESLANDES, Sueli. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

\_\_\_\_\_. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 9, n. 17, p.401-3, 2005.

FONTINHA, Rodrigo. **Novo dicionário etimológico da língua portuguesa**. Lisboa: Domingos Barreira, 1978.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Selecionar quem deve viver: um estudo bioético sobre critérios sociais para microalocação de recursos em emergências médicas. **Revista Associação Médica Brasileira**, v.2, n. 48, p.129-34, 2002.

FOUCAULT, Michel. **A hermenêutica do sujeito**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FUGANTI, Luís. Saúde, desejo e pensamento. In: LANCETTI, Antonio (Org.). **Saúde e Loucura**. São Paulo: Hucitec, 1990.

GARRAFA, Volnei; PORTO, Dora. Bioética, poder e injustiça: por uma ética da intervenção. In: GARRAFA, Volnei; PESSINI, Leo (Org.). **Bioética, poder e injustiça**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2004.

GARRAFA, Volnei. Introdução à Bioética. **Revista do Hospital Universitário UFMA**, São Luís, v. 6, n. 2, p. 9-13, 2005.

\_\_\_\_\_. Reflexões Bioéticas Sobre Ciência, Saúde e Cidadania. **Revista Bioética**, Brasília: CFM, v.7, n.1, nov. 2009.

GUATTARI, Félix. **Caosmose**: um novo paradigma estético. São Paulo: Editora 34, 1992.

HARDT, Michael; NEGRI, Antonio. A produção biopolítica. In: PARENTE, André (Org.). **Tramas da rede: novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação**. Porto Alegre: Sulina, p.161-173, 2004.

HECKERT, Ana Lucia Coelho. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, Roseny; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.). **Razões Públicas para a Integralidade em Saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: ABRASCO/CEPESC, 2007, v. 1, p. 199-212.

\_\_\_\_\_. PASSOS, Eduardo Henrique; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. v. 13, n. 1, p. 493-502, 2009.

\_\_\_\_\_. NEVES, Claudia Abbês Baeta. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção do coletivo. In: MATTOS, Ruben Araújo de; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; PINHEIRO, Roseni. (Org.). **Trabalho em Equipe sob o Eixo da Integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJABRASCO, v. 1, p. 145-160, 2007.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles; FRANCO, Francisco Manoel Mello. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

LOURAU, René. Objeto e método da análise institucional. In Altoé, Sonia. (Org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

LUDKE, André. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. Por uma clínica da expansão da vida. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, supl. 1, p. 515-21, 2009.

MENÉNDEZ, Eduardo. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003.

\_\_\_\_\_. **Sujeitos, saberes e estruturas.** São Paulo: Hucitec, 2009.

NEGRI, Antonio. **Cinco lições sobre império.** Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

NEVES, Claudia Abbês Baeta; MASSARO, Altair. Biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo. **Interface: Comunicação Saúde Educação.** v. 13, supl. 1, p. 503-14, 2009.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes *et al.* Novos possíveis para a militância no campo da Saúde: a afirmação de desvios nos encontros entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação.** v. 13, supl. 1, p. 523-9, 2009.

PASCHE, Dário Frederico. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação.** v. 13, supl. 1, p. 701-8, 2009.

\_\_\_\_\_. Desafios éticos para a consolidação do SUS. In: CAPONI, Sandra; VERDI, Marta; BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf; HELLMANN, Fernando. **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica.** Palhoça: Unisul, 2010. p. 381-389.

\_\_\_\_\_. PASSOS, Eduardo. Apresentação. In: BRASIL. **Formação e intervenção.** Brasília: Ministério da Saúde, Cadernos HumanizaSUS, v. 1. p.5-10, 2010.

\_\_\_\_\_. PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élide Azevedo. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciências & saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p.4541-4548, nov. 2011.

PAULON, Simone Mainieri; CARNEIRO, Mara Lucia Fernandes. A educação à distância como dispositivo de fomento às redes de cuidado em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação,** v. 13, n. 1, p.749-757, 2009.

PAULON, Simone Mainieri; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estudos e pesquisas em psicologia.** Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, abr. 2010.

PAVAN, Cleusa *et al.* Documento Orientador da Política de Formação da PNH. In: BRASIL. **Formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, Cadernos HumanizaSUS, v. 1, p. 73-94, 2010.

ROCHA, Marisa Lopes da; AGUIAR, Kátia Faria de. Entreatos: percursos e construções da psicologia na rede pública de ensino. **Estudos e pesquisas e psicologia**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, abr. 2010.

ROLNIK, Suely. Pensamento, corpo e devir. Uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade**, v. 1, n. 2, p. 241-251, 1993.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Sistema Único de Saúde de todos: o legal e o real. **Saúde em debate**, v. 35, n. 90, p. 356-365, jul./set., 2011.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. **Avaliação e humanização em saúde**: aproximações metodológicas. Ijuí: Unijuí, 2009.

SCHRAMM, Fermin Roland; ARREGUY, Euclydes Etienne. Bioética do Sistema Único de Saúde/SUS: uma análise pela Bioética da Proteção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 2, p. 117-123, 2005.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASQUEZ, Adolfo Sanches. **Ética**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.



**PARTE II – ARTIGO CIENTÍFICO**  
**“A dimensão ético-política da Humanização sob o olhar  
e a vivência de apoiadores institucionais”**



## **A Dimensão Ético-Política da Humanização Sob o Olhar e a Vivência de Apoiadores Institucionais**

Maria Claudia Souza Matias: Discente do Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva – Departamento de Saúde Pública – Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Victor Konder, n. 55 ap. 401, Victor Konder, Blumenau – SC – Brasil.89012-170, claudiamatias2005@yahoo.com.br.

Marta Verdi: Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Departamento de Saúde Pública – Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) verdi@mbox1.ufsc.br

Mirelle Finkler: Docente do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), mirellefinkler@yahoo.com.br.

## Resumo

Este estudo discute a dimensão ético-política da Humanização - conforme sentido proposto para o termo pela Política Nacional de Humanização/PNH -, desde a perspectiva de apoiadores institucionais, formados no estado de Santa Catarina, no ano de 2009. Através de pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, o estudo busca compreender o entendimento e a vivência destes apoiadores acerca desta dimensão, tomando como campo de pesquisa o referido curso e como sujeitos 11 apoiadores de duas macrorregionais de Saúde do estado. Através de entrevistas e pesquisa documental foi possível identificar, na análise dos resultados, categorias que apontavam para uma compreensão fundamentada na valorização dos sujeitos e na democratização das relações. Quanto à vivência desta dimensão, os resultados mostraram que os esforços e tentativas de discuti-la e exercê-la nos serviços têm enfrentado desafios como a concentração de poder nas instituições e a persistente fragilidade do modelo de atenção, calcado ainda hegemonicamente nas racionalidades gerencial e biomédica. Também tem se interposto como desafio o conjunto de dificuldades vivenciadas pelos apoiadores no que tange à própria PNH, e que se relacionam à compreensão de alguns conceitos e ao modo como a Política se organiza nas instituições e interfederativamente.

**Palavras-chave:** ética; política; humanização da assistência; educação em saúde.

## Abstract

This study discusses ethical-political dimension of Humanization from the perspective of the National Humanization Policy/PNH supporters, formed in the state of Santa Catarina, in 2009. Through qualitative, exploratory and descriptive research, the study searched elements that could describe the understanding and experience of supporters about this dimension, taking as field of research the referred course and as subjects 11 supporters of two health macro regions of the state. Through interviews and documental research it was possible to identify, in the analysis of results, categories that pointed to a comprehension based on the subjects valuation and democratization of relations. There were few elements of this dimension that didn't come up in subject's speech – or came in a wrong way, indicating that there are conceptual doubts among supporters. Regarding the experience of this dimension, the results

showed efforts and attempts of discussing it and exercising it in services, although there are challenges, such as concentration of power on institutions, the persistent fragility of the model of care, still hegemonically based on managerial and biomedical rationalities and difficulties experienced by supporters when it comes to PNH itself, and that relate to the deficiency of the understanding of some concepts and the way that this Policy is organized in institutions and among federal entities.

**Key words:** Ethics. Policy. Humanization of assistance. Healthcare education. Health System.

## **Introdução**

Um dos maiores desafios que tem se apresentado à Política Nacional de Humanização (PNH) desde o seu surgimento é o de fazer coincidir as práticas em humanização em curso no país com o sentido conferido por esta Política ao termo humanização. Resultante de lutas iniciadas na década de 1960, em torno do debate feminista pela saúde da mulher, o movimento pela humanização das práticas de saúde se apresenta, no início dos anos 2000, desconectado do movimento instituinte que o engendrou, e associado a práticas de saúde que reproduziam sentidos de humanização incapazes de acionar movimentos reais de mudança nos modos de fazer na Saúde . Nesta concepção, a humanização aparece como *conceito-sintoma* das práticas então instituídas, ou seja, de práticas metrificadas a partir de uma concepção idealizada do Homem e do humano. A humanização, neste contexto, aparece em práticas segmentadas por áreas e níveis de atenção, identificadas a determinadas profissões ou a determinado gênero, e balizada por um mercado que define que o “cliente” deve ser o foco das ações, pautando critérios padronizados de qualidade, a serem aplicados aos serviços de saúde indistintamente (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

À PNH coube então, em 2003, o desafio da redefinição do conceito, apartando-o desse homem ideal, metro-padrão de práticas normalizadas - e normatizadas. O humano real, concreto, que não cabe em uma norma e que não corresponde a nenhuma existência concreta, é buscado pela PNH a partir da inclusão dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, abarcando aí desde os processos de diagnóstico institucional até a elaboração de soluções para os problemas identificados e avaliação permanente destas ações. A inclusão dos trabalhadores nesta acepção implica a criação de outro lugar para ele,

distinto da posição conferida pelos tradicionais modos de gestão que, ou o subjuga, pelo controle, ou o subestima, prescrevendo seu trabalho (BRASIL, 2008; BENEVIDES; PASSOS, 2005; PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

A Humanização, assim proposta pela PNH, se inscreve como *conceito-experiência* (BENEVIDES; PASSOS, 2005), que busca descrever, intervir e produzir realidade, e surge assentada no paradigma ético-estético-político, formulado por Guattari (1992). Tal paradigma, ao se contrapor ao paradigma científico, localiza a dimensão ética na potência ativa derivada das práticas que visam coordenar a vida e escolher a forma de vivê-la, e que é marcada pela escuta das diferenças e pelo que estas produzem em nós, permitindo afirmar o devir a partir dessas diferenças. A dimensão estética seria dada pela possibilidade de criação permanente, que encarna as marcas do pensamento e que engendra novas formas de subjetivação. A dimensão política estaria associada à possibilidade de escolha de modos de organizar o mundo em que se quer viver e, segundo Rolnik (1993), estaria focada na luta contra as forças que obstruem, em nós, as possibilidades do devir.

No entanto, escolhas que reflitam novos modos de subjetivação e que envolvam a forma como o mundo se organiza e a escuta das diferenças são propostas contra-hegemônicas em nossa sociedade, e no setor Saúde por extensão. Historicamente este setor tem valorizado, compreendido e organizado suas práticas majoritariamente a partir das lentes do paradigma científico e de outros sistemas correlacionados de pensamento e organização da realidade, como a racionalidade médica hegemônica e as práticas tradicionais de gestão. Para fazer frente a tal cenário, a PNH tem buscado criar estratégias que confirmem materialidade aos valores e premissas associados à dimensão ético-estético-política de sua proposta.

Neste sentido, a formação de Apoiadores Institucionais tem sido uma das principais estratégias adotadas pela PNH para sua ampliação e fortalecimento em todo o país. O Apoio Institucional é uma função que tem posição estratégica para a PNH, por estar voltada ao fomento e acompanhamento de processos de mudança nas organizações (HECKERT, PASSOS; BARROS, 2009; PASCHE; PASSOS, 2010).

Os processos de formação de apoiadores vêm se efetivando desde 2006, e adotam a formação-intervenção como metodologia. Pautada no princípio da indissociação entre formação e intervenção nas práticas de saúde, tal metodologia é conceitualmente coerente com os princípios, as diretrizes e os dispositivos da PNH. A formação-intervenção tem caráter inovador enquanto modo de formar, pois possibilita a mudança de

práticas em Saúde no decurso da formação, transformando a formação em espaço de agenciamento coletivo, envolvendo usuários, trabalhadores, gestores e movimentos sociais na análise e transformação das práticas e no fomento de redes (PAVAN *et al.*, 2010). Assim, a proposta de formação da PNH, segundo Paulon e Carneiro (2009), ratifica uma produção do cuidado em saúde articulada a escolhas ético-políticas, pautadas no acolhimento à diversidade da vida, que se expressa na ideia de saúde como multiplicidade.

Se entendermos a formação enquanto instituição, ou seja, como representante de certo conjunto de práticas sociais historicamente produzidas, que produz verdades, objetos-saberes e modos de subjetivação, ela reveste-se de outra relevância, ganha a possibilidade de poder problematizar o mundo e os modos de subjetivação existentes, as formas pelas quais nos constituímos enquanto sujeitos, portadores de crenças, valores, opiniões, modos singulares de ser e de estar em relação.

Nesta acepção problematizadora das práticas e dos modos de subjetivação, percebemos que a formação tem potência de provocar movimentos de desestabilização, agindo como força de intervenção nos sujeitos e nas práticas, já que a produção de sujeitos se faz no encontro entre forças e processos, e que informações e apropriação de conhecimentos técnico-científicos isoladamente não redundam em mudança das práticas. (BARROS, 2006; FUGANTI, 1990; BENEVIDES; PASSOS, 2005).

O presente estudo pretende contribuir para a compreensão do alcance da formação intervenção como estratégia de materialidade da dimensão ético-estético-política da Humanização.

### **Percurso metodológico**

O estudo empírico que aqui apresentamos foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, tratando-se de pesquisa de abordagem qualitativa e de caráter exploratório-descritivo. Trata-se de pesquisa implicada, na qual as diferentes inserções da pesquisadora – na coordenação do processo de formação citado e como consultora da PNH – foram consideradas no estudo.

A pesquisa objetivou discutir a compreensão e vivência que apoiadores institucionais egressos da formação realizada em 2009 no estado de Santa Catarina têm acerca da dimensão ético-política da humanização. Tal curso resultou da parceria firmada entre a Escola de

Saúde Pública Prof. Osvaldo Maciel/SESSC, o Ministério da Saúde/SAS/PNH e a Universidade Federal de Santa Catarina.

Os sujeitos participantes do estudo pertenciam a duas macrorregiões de saúde de Santa Catarina, escolhidas por critério de conveniência da pesquisadora. O critério para inclusão dos apoiadores na pesquisa foi o de terem concluído o processo de formação e recebido certificação. Buscamos contato com os 21 apoiadores formados das duas macrorregiões de saúde, destes, 13 responderam ao contato e 11 efetivamente participaram do estudo. A coleta dos dados foi realizada através de pesquisa documental e entrevista semiestruturada, esta última elaborada a partir da análise dos sentidos atribuídos nas publicações da PNH à dimensão ético-política. A pesquisa documental foi realizada a partir dos planos de intervenção elaborados pelos apoiadores durante o Curso, e que se constituíam em um relato da experiência de intervenção nas práticas desenvolvidas durante o curso.

Os dados obtidos a partir destas duas técnicas foram organizados e sistematizados em categorias para análise a partir do software Atlas-ti®, um programa para organização e análise de dados qualitativos. Esta etapa do estudo foi desenvolvida articulada a uma pesquisa correlata, um estudo avaliativo multicêntrico acerca dos efeitos dos processos de formação da PNH na produção de saúde no SUS, envolvendo os estados de Santa Catarina, Rio Grande do Sul e São Paulo. O processo de tratamento e análise dos dados do presente estudo deu-se através de software adquirido para a pesquisa multicêntrica.

Por meio do software Atlas-ti®, os resultados foram codificados e organizados a partir das unidades temáticas encontradas. Após, foi realizada a categorização, com inferências e a interpretação dos resultados. O material foi tratado qualitativamente, utilizando-se a Análise de Conteúdo Temática, proposta por Bardin (2010). Para garantir o anonimato dos sujeitos, foram utilizados codinomes inspirados em pensadores gregos.

### **A dimensão ético-política da Humanização no discurso dos apoiadores**

Os resultados encontrados neste estudo possibilitaram o delineamento de três categorias, sustentadas pelos vários sentidos atribuídos pelos apoiadores à dimensão ético-política da humanização, e ao modo como esta tem sido vivenciada por eles. As categorias delineadas foram: a valorização dos sujeitos, a democratização das relações e os desafios e conflitos associados à dimensão ético-política. A



fim de tratar adequadamente os resultados, abordaremos as duas primeiras categorias neste escrito. A terceira categoria será posteriormente abordada em outro artigo.

Para a análise dos resultados procuramos promover um diálogo entre a proposta da humanização e alguns referenciais em Ciências Humanas, como a Bioética Social, campo da ética que se volta à discussão do que seja a produção do bem comum na Saúde, tendo no centro de seus debates temas voltados à eliminação das iniquidades na Saúde, indo na direção da defesa dos direitos, da autonomia e do empoderamento dos sujeitos (BERLINGUER, 1996). A Bioética Social entende a saúde e doença como processos inseridos no campo universal da experiência, da reflexão, e até de escolhas morais, que envolvem em situações cotidianas temas como o das desigualdades como fator de produção de doenças, a saúde, como direito coletivo e dever do Estado, e o respeito ao pluralismo moral e cultural. Por esta razão, este campo tem sido apontado como referencial adequado à análise crítica acerca da moralidade das políticas públicas na área da saúde, bem como para a tomada de decisão eticamente justificada (SCHRAMM; ARREGUY, 2005).

## **A Valorização dos Sujeitos**

A primeira categoria que abordaremos refere-se ao tema da valorização dos sujeitos e foi estruturado a partir das falas dos apoiadores que enfocavam os seguintes temas: a valorização das relações sujeito-sujeito, a reflexão sobre o agir e a defesa do direito ao desenvolvimento integral.

A *valorização das relações sujeito-sujeito* foi o tema mais frequentemente abordado pelos apoiadores. Esta subcategoria foi organizada em torno de sentidos que enfatizavam o valor das relações entre sujeitos que se reconhecem enquanto tal, em relações horizontais que se estabelecem pelo exercício da alteridade, que coloca o outro no lugar do ser, refutando qualquer possibilidade de tomá-lo enquanto objeto. Como aparece nas falas abaixo:

*O que propus no decorrer de todo o processo para este grupo foi objetivando construir bases para essa mudança de superação da negação do “Outro”. (...) Isso significa a possibilidade de um retorno à comunidade (...) no seu sentido de relações face a face. (Platão)*

*A PNH busca esse compromisso de envolver-se nesse acompanhar e orientar, tendo assim ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, dores, sentimentos e modo de encarar a vida. (Tales)*

Na fala dos apoiadores comparece a ideia da defesa do direito à diferença, à singularidade. Tais direitos, na compreensão dos sujeitos da pesquisa, merecem ser protegidos, assegurados, valorizados, como valor central no processo de produção de saúde e vinculada à promoção de inclusão das diferenças, a partir de práticas agenciadoras, que colocam os sujeitos em relação.

*O sujeito deveria ser considerado um sujeito de afetos, de escolhas, de uma história..., num contexto, num território. (Empédocles)*

*É um serviço que se realiza com base numa intersecção partilhada entre o usuário e o profissional, onde o primeiro deve ser visto também como sujeito, e não como objeto desse processo. (Platão)*

Foucault (1995) afirma que o que se coloca em jogo nestas lutas é o direito do indivíduo de ser diferente, rechaçando tudo aquilo que o separa de si, do outro e da vida comunitária e o coage a voltar-se para si e para sua identidade. Ao traçar uma história dos diferentes modos de objetivação que transformam os seres humanos em sujeitos, Foucault buscou também compreender como o poder se relaciona com esta objetivação do sujeito, focando seu estudo nos modos de resistência contra as diferentes formas de poder. A luta contra o poder dos homens sobre as mulheres, dos pais sobre os filhos ou da medicina sobre a população, além de antiautoritárias, têm em comum o objetivo de atacar uma técnica, uma forma de poder que impõe o “governo da individualização”:

(...) categoriza o indivíduo, marca-o com sua própria individualidade, liga-o à sua própria identidade, impõe-lhe uma lei de verdade, que devemos reconhecer e que os outros têm que reconhecer nele. É uma forma de poder que faz dos indivíduos sujeitos. Há dois significados para a palavra *sujeito*: sujeito a alguém pelo controle e dependência, e preso à sua própria identidade por uma consciência ou autoconhecimento. Ambos sugerem uma forma de poder que subjuga. (FOUCAULT, 1995, p. 235)

Este indivíduo que faz resistência ao governo da individualização aproxima-se daquele que na proposição efetuada pela PNH pode, pela participação ativa no processo de produção de saúde, reposicionar-se e interferir na luta contra o autoritarismo nas relações e nas instituições (BRASIL, 2008).

Reconhecimento do outro e inclusão dos afetos aparecem também como sentidos que apontam para uma compreensão da dimensão ético-política afinada com a inclusão dos sujeitos, coletivos e analisadores sociais que, quando expressos nas crises e perturbações, nos possibilita nos defrontar com a alteridade, aquilo que há de estranho em nós, e pode nos conduzir a um reposicionamento subjetivo (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009).

O reconhecimento do outro na saúde envolve o desafio de ver a pessoa como abertura, relação, comunicabilidade, sendo este o fundamento da alteridade. Zobolli (2009) afirma que todo compromisso, reflexão e conduta ética estão fundamentadas no valor e na dignidade da pessoa, sendo o exercício da alteridade o que nos permite corrigir uma visão individualista e abstrata, resgatando o sujeito concreto. A alteridade se dá quando estamos diante do outro, em uma relação de proximidade que possibilita revelar não o modo alienado como ele está no sistema, mas, sim o modo como poderia e mereceria estar, por sua condição de pessoa digna e livre.

É possível localizar em alguns relatos contidos nos planos de intervenção registros deste processo de reposicionamento de alguns apoiadores frente ao tema da alteridade. Em muitos casos, aparece também o desconforto experimentado diante de formas novas de ver e relacionar-se com o outro.

*Como é gratificante ver as diferenças entre nós e como é doído admitir que o outro seja melhor (no atendimento ao usuário) e que, se eu quiser ser parecido com ele, tenho que mudar. (...) vou me fortificar com aquele que eu achava que não tinha nada a me ensinar. (Plutarco)*

*(o curso) em mim produziu uma certa vontade de mudança, me senti muito incomodada com o processo de trabalho em que estava inserida, passei por algumas mudanças em meu interior. (Tales)*

É necessário produzir posições de estranhamento das formas totalizantes de compreender e atuar das políticas públicas. Estranhamento este que se traduziria em políticas pautadas na experimentação e constituição de processos de subjetivação, de novos modos dos sujeitos serem e estarem em relação. Tais modos não são quaisquer modos, mas atravessados pela noção de bem comum, onde as condições da produção de valor são construídas em bases éticas que inviabilizam que tal produção seja privatizada, restrita ao domínio de interesses individuais. O modo como a alteridade tem sido vivenciada nas políticas de saúde interfere radicalmente na própria concepção de política presente na trajetória do SUS, onde a regra tem sido a da reprodução de práticas de gestão hegemônicas que percebem a alteridade como elemento antagônico, algo inevitável com o qual as políticas precisam lidar. Mesmo quando se defende o contra-poder no SUS, observamos nos projetos e intencionalidades modos de produção totalizantes, que disputam entre si, em busca de sobrepujamento. Nesta lógica, a política torna-se campo de aniquilação, onde o que difere de mim tem de ser vencido (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2009).

Outro sentido presente nos resultados foi o da produção de comum, enquanto produto de diálogo, reflexão e reinvenção dos modos de fazer, os conflitos aparecendo como parte desta produção.

*Na primeira roda de conversa, foi uma lavagem de roupa suja, os administradores não gostaram, e nós mostramos que era um espaço político aberto, ético, onde podíamos falar nossos desejos e frustrações (...) um espaço político de discussão, de decisão conjunta. (Demócrito)*

*Aquelas ideias de um humanismo abstrato domesticador, controlador, de qualidade total, não gerador de conflito, estava agora afastada: o 'humanismo festivo' trocado pelo humanismo real, capaz de refletir, dialogar reinventar (...) sendo possível construir o comum. (Platão)*

Enquanto produção social, o bem comum resulta de um processo de interseção entre práticas, instituições e dispositivos - técnicos, comunicacionais, organizacionais – que afetam e são afetados, produzindo subjetividades alicerçadas em uma ética que combate a exploração ou cerceamento da vida. O bem comum produz relações e práticas de liberdade e igualdade, entendendo-se esta última como condição de reconhecimento formal e de legitimidade do direito dos sujeitos à diferenciação, processo aberto e indeterminado (GUIZARDI e CAVALCANTI, 2009).

Vínculos e interdependência apareceram também se fizeram presentes neste eixo.

*(...) um processo de sujeitos solidários plurais possibilitando emergir perguntas sobre o que devemos fazer? Como devemos nos comportar? E, que valores e normas seguir? (Platão)*

*(...) Eu deixava a parte burocrática pra dar atenção ao paciente (...)* anoto tudo, cada detalhe, eu tenho que ver cada um, não que eu leve o dia inteiro, mas eu dou atenção para cada um deles.(...) *meu maior foco é criar vínculo. (Ptolomeu)*

*Eu vou lá (...) procuro demonstrar que o meu trabalho depende do deles, que nós não somos nada sem eles, para que eles percebam que não existe este setor sem a participação deles. (Pitágoras)*

Os vínculos e relações solidárias são colocados por Heckert, Passos e Barros (2009) como base para uma ética da alteridade, posto que esta não acontece apartada do mundo em que criamos e convivemos. Assim, a humanização desloca-se do campo de uma moral que faz escolhas entre o bem e o mal, posto que acentua os processos de produção de subjetividades, onde os vínculos entre os sujeitos não se efetuam fora do plano das práticas de cuidado e dos processos de gestão.

Ayres (2009), ao analisar a proposta da PNH, localiza nesta política uma resposta efetiva, um caminho para a proposta da presença

da ética no âmbito da construção do SUS. O autor assinala que desde suas origens a proposição da humanização tem colocado o cultivo de uma ética de emancipação dos sujeitos no centro dos desafios políticos do SUS. Tal ética não estaria atrelada a qualquer tipo de principalismo ou formalismo, mas fundamentada no reconhecimento da centralidade da palavra, da dignidade do diálogo, como modo compartilhado de construir uma atenção à saúde universal, equânime e integral, entre sujeitos plenos de direito (AYRES, 2009).

O tema do *direito ao desenvolvimento integral* apareceu de modo recorrente no discurso dos apoiadores, acentuando questões como a defesa do SUS, a mudança do modelo de atenção e a valorização do trabalho e do trabalhador.

*Desenvolvimento integral não é só aquela atividade de trabalho, mas um desenvolvimento intelectual. Não é só técnica, técnica. Expandir, fazer mais cursos, estudos (...) e que nossos funcionários pudessem participar, não só aquela coisa fechada em técnica.* (Parmênides)

Ao colocar o desenvolvimento integral dos sujeitos como valor, uma das premissas que está em jogo é a de que as organizações, além de produzirem bens ou serviços de interesse social (valores de uso que tenham a potencialidade de atender a necessidades sociais), devem assegurar a sobrevivência da própria organização e do conjunto de agentes que a integram ou dela dependam, incluindo aí a realização financeira, profissional e pessoal de toda a gente que aí trabalhe ou que dela dependa. (CAMPOS, 2000). Transpondo-se esta afirmação para a Saúde Coletiva, implica dizer que para além do compromisso com a produção de saúde (o valor de uso) e a reprodução do SUS como política democrática e solidária, as organizações a ele vinculadas devem buscar garantir a realização profissional e pessoal dos trabalhadores.

No discurso dos apoiadores, aparecem sentidos que reafirmam o direito dos trabalhadores, o direito à saúde, com ênfase no direito à atenção integral. Em muitas situações, a vivência destes apoiadores aponta para uma autoconvocação à responsabilidade.

*Se eu tiver um sentimento que a pessoa tá me dando tchau e eu não fiz tudo que podia para contribuir, na necessidade dela naquele momento, eu me sinto mal. Já aconteceu de me despedir, e depois sair correndo para finalizar o que tinha que ser feito a mais, que era uma possibilidade.* (Pitágoras)

*Nós temos que fazer valer, é aí que entra a corresponsabilização, não deixar ele (o usuário) vagar, ver pra onde ele vai, o que ele vai estar fazendo. (Demócrito)*

Outra premissa que se associa ao direito ao desenvolvimento integral dos sujeitos é a da própria integralidade da atenção, considerando que o SUS, como política pública vem colocando o tema dos direitos e das responsabilidades como vinculados ao próprio cuidado em saúde. Neste sentido, a ética do cuidado vincula direitos às responsabilidades, sendo as relações intersubjetivas o plano legítimo onde ela se dá (ZOBOLI, 2009).

Os modos instituídos são alvo da percepção crítica dos apoiadores. As prescrições normativas têm sido apontadas muitas vezes como barreiras ao cuidado responsável e à defesa dos direitos dos usuários.

*Regras não são sempre corretas. Tem aquela mãe que chega depois, tem as crianças que a mãe tá lá dentro, (...) acontece isto em todo lugar. As coisas que fogem da regra. A gente pensa enquanto ser humano. (Antístenes)*

Neste sentido, a experiência da humanização evoca uma concepção de saúde como experiência de criação de si e de modos de viver (NEVES; MASSARO, 2009). Isto implica reafirmar a vida como movimento incessante de produção de normas, que se dá a partir de exigências que se atualizam cotidianamente e que quase nunca coincidem com as prescrições reificadas do cotidiano institucional. A soberania do direito à saúde sobre as regras e normas institucionais é sustentada também na luta jurídico-política por este direito, que inicia quando a saúde deixa de ser vista como necessidade humana, quase sempre impossível de ser plenamente atendida, e é alçada ao patamar de direito, a partir do momento em que passaram a existir as condições históricas para garanti-lo em escala mundial (BERLINGUER 1996). Tais condições fundamentaram o pensamento que a saúde é algo passível de ser transformada, uma ideia laica, fundamentada na experiência, que substituiu as antigas ideias sacras que associavam a saúde às determinações do destino e à expiação de culpas. Esta nova concepção, de que é possível intervir na saúde, originou o princípio moral que a coloca como valor em si mesmo. Na fala dos apoiadores isto aparece associado à defesa do SUS, associada à ideia de humanização como causa justa, mas atravessada por muitos obstáculos.

*Sei o quanto não foi fácil chegar até aqui, todas as vezes que desanimei, procurei encontrar forças dentro de mim, por saber que é uma causa justa e, por uma busca incessante por um SUS melhor, de qualidade e efetivo. (Tales)*

*Todas estas experiências consolidam cada vez mais o comprometimento com a construção de uma sociedade onde o SUS é uma alternativa de espaços de realização da cidadania e uma estratégia de consolidação verdadeira de uma Política Pública de Estado. (Epicuro)*

A afirmação do direito à saúde não depende apenas da ampliação da capacidade produtiva. Avançar em uma consciência pública sobre o direito à saúde, uma ‘consciência sanitária’ que sustente a formação de outra consciência social quanto à saúde, é tarefa essencial para fortalecer este campo de lutas, relativamente recente se comparado a outros direitos. Isto porque, diferente de outros direitos, para os quais a simples não interferência da sociedade é suficiente para garanti-los, a saúde é um direito positivo, ou seja, para promovê-lo é necessário que a sociedade ponha em curso uma ampla e complexa gama de benefícios e condições, criando obrigações sociais até bem pouco tempo inexistentes e que não são facilmente garantidas apenas através de leis. Tal análise ajuda-nos a compreender, em parte, a distância existente entre o regime discursivo do SUS e as práticas concretas que o Sistema tem conseguido sustentar.

A *reflexão sobre o agir* também foi um tema associado pelos apoiadores à dimensão ético-política, através de sentidos como a liberdade de escolha, a suspensão dos julgamentos, o compromisso social, o guiar-se por princípios e a preocupação com as consequências dos atos.

*Eu vejo no meu trabalho uma coisa de não julgar, porque é uma área com muito preconceito (...). A gente tende a julgar muito, isto eu percebo que é reflexo da questão da formação. Porque daí tu banaliza, desvaloriza o sofrimento do outro. (Pitágoras)*

*Quando converso com trabalhadores dos serviços, tento me voltar para este papel político dos fiscais, compromisso com a sociedade, de ter produtos de boa qualidade, até nas apresentações trago esta dimensão. Perder de vista esta dimensão é reduzir área à regras e normas. (Pitágoras)*



Neste sentido, entendemos que a preocupação destes apoiadores coincide com a necessidade, já detectada pela Bioética, de constituir elementos que auxiliem na compreensão e resolução de conflitos de interesses e valores no campo da saúde. Como colocam Verdi e Caponi:

Para a construção das mudanças necessárias no cotidiano das práticas profissionais de saúde é preciso refletir sobre as implicações éticas das ações dos trabalhadores como agentes morais. É preciso, também, compreender o caráter dinâmico da sociedade como um espaço em permanente disputa de interesses políticos e desejos individuais e coletivos, que envolvem forças díspares, valores diversos e crenças divergentes. (VERDI; CAPONI, 2005, p. 87)

A gestão cotidiana destes conflitos envolve a análise das incongruências entre os distintos valores norteadores das práticas sanitárias. É neste campo de análise que a Bioética tem se proposto a intervir, enquanto campo do conhecimento que se constituiu justamente inspirado pelos diversos contextos sociais onde se expressavam – e ainda se expressam - lacunas quanto à instrumentalização dos sujeitos para efetivar tais análises (SCHRAMM; ARREGUY, 2005).

### **A Democratização das Relações**

A outra categoria identificada a partir da análise do discurso dos apoiadores foi a da democratização das relações. Temas como a desestabilização dos poderes instituídos, a crítica aos modos tradicionais de organização dos poderes nas instituições, aparecem organizados em três subcategorias: o do fomento ao protagonismo e autonomia, o do saber como indissociado das relações de poder (saber-poder) e o do exercício da cogestão.

No *fomento ao protagonismo e autonomia dos sujeitos* as citações versavam sobre o movimento instituinte e a transformação das organizações, a dimensão coletiva do trabalho e a ampliação da capacidade de análise como estratégia para o fomento do protagonismo e da autonomia.

*Estávamos agora discutindo se a penicilina devia ou não ser aplicada na unidade de saúde e, mesmo não trabalhando mais lá, eu comecei a discutir com eles, perguntei se achavam que dava para assumir isto dentro do serviço, mesmo que digam que não se deve fazer. (Pitágoras)*

Para a Bioética, o tema do enfrentamento das iniquidades aponta para a luta por um modelo de atenção pautado em uma ética de empoderamento dos vulnerados, com uma nova composição de forças entre os sujeitos, que os fortaleçam em sua capacidade de gestão sobre suas vidas. Se quisermos avançar em uma transformação social pautada na ação individual e coletiva, que coloque a saúde como direito da pessoa e interesse da comunidade, é necessário uma ação política concreta. A efetivação da democracia, enquanto exercício da razão pública, só se dá a partir da ação de sujeitos livres e legítimos para tal. O respeito e reconhecimento das singularidades e diferenças é premissa para o exercício democrático e participativo (KOTTOW, 2011; GARRAFA, 2005; BERLINGUER, 1987).

A ampliação da capacidade de análise aparece no discurso dos apoiadores como um dos efeitos do processo de formação.

*A minha forma de ver as coisas mudou bastante, posso considerar que me senti muito afetada com as discussões que tivemos várias vezes, em roda, com minhas colegas de curso, e também dentro da instituição, durante o Grupo de Trabalho de Humanização. (Tales)*

Segundo Campos (2000), o exercício do poder, a autonomia, a capacidade de análise e de intervenção não são homogêneas nos grupos. Entendemos que estas diferenças derivam de condições desiguais de desenvolvimento da potencialidade existente em cada sujeito. Os modos tradicionais de gestão se assentam em uma racionalidade hegemônica pautada na concentração de poderes e saberes, e têm nestas assimetrias as condições adequadas para sua reprodução, em uma relação de circularidade, onde as diferenças são naturalizadas e significam o aniquilamento do desejo e vontade dos mais vulnerados.

A ampliação da capacidade de análise é condição que garante uma potencia maior de intervenção sobre a própria realidade, em um vetor de força que avança em sentido contrário ao das relações assimétricas. Tal capacidade é ampliada na medida em que os grupos participam no governo, na gestão e na invenção de novas lógicas e

estruturas organizacionais. Os processos de cogestão teriam como objetivo então, além de produzir bens ou serviços, garantir espaços e arranjos com função pedagógica e terapêutica, visando a eliminação das diferenças injustas entre os sujeitos, a partir do desenvolvimento das potencialidades de cada um (CAMPOS, 2000; 2005).

De modo ainda mais explícito, alguns apoiadores relacionaram o saber à capacidade de exercício do poder, vendo na ampliação dos saberes condição chave para o exercício da autonomia e protagonismo. Tal tema gerou a subcategoria *saber-poder*.

*(...) não acredito em autonomia sem conhecimento. (...) passei por uma situação onde questioneei onde tá nossa autonomia. Fui fazer uma consulta e o médico mandou fazer um exame que eu não conhecia, eu não queria, pelo risco, uma suspeita sem fundamentação, mas não consegui discutir isto com o profissional. Eu não tive autonomia para discutir e pra dizer 'eu não vou fazer'. (Pitágoras)*

Este entendimento aproxima-nos do pressuposto foucaultiano de que não há relação de poder sem um campo de saber correspondente e nem um saber que prescindia e não constitua relações de poder. O poder produz saber, sendo que esta premissa implica pensar o poder como relação, algo que não se situa em instância determinada. A consequência deste pensamento delimita um procedimento investigativo, focado nas produções, discursos e representações advindas de uma lógica circunstancial de poder e de saber (FOUCAULT, 1971). Percebemos aqui que o sentido atribuído luta contra aquilo que separa o indivíduo de sua relação com os outros, força o indivíduo a se voltar para si mesmo e o liga a sua própria identidade de um modo coercitivo, opondo-se aos efeitos de poder derivados do saber, da competência e da qualificação, isto é, aos privilégios derivados do saber (FOUCAULT, 1995).

Alguns apoiadores deram ênfase às relações que o saber estabelece com o poder, seus efeitos e consequências para o trabalho.

*Hoje tem pessoas que trabalham mais responsabilizadas com aquela situação: 'eu vou passar o pano porque eu sei que pode dar bactéria, que pode dar infecção'. Elas (as auxiliares de limpeza) se responsabilizaram porque se sentiram no processo. (Parmênides)*

A partir das práticas discursivas é possível desvelar os objetos de saber, analisar seu surgimento e quais transformações esses objetos de saber sofrem. As práticas discursivas têm uma historicidade, uma institucionalidade e uma materialidade que permitem ou proíbem sua enunciação. O sujeito do discurso é aquele que pode usar determinado enunciado em função do lugar institucional que ocupa, de sua competência técnica para tal. Analisar este discurso implica compreender o modo como é usado, seus efeitos, suas formas de controle, o que é excluído, o que é beneficiado, pressupondo que uma prática discursiva é valorizada porque produz verdade (FOUCAULT, 1971).

As falas de Demócrito e Aristóteles aludem à preocupação em articular conhecimento e produção de corresponsabilização:

*O desconhecimento contribui para a não responsabilização, porque se a pessoa não sabe como faz o negocio, se exime.* (Demócrito)

*Com conhecimento sobre a atenção e a gestão as pessoas desenvolvem maior comprometimento com o processo de “fazer saúde”.* (Aristóteles)

O divórcio entre conhecimento, no sentido moderno de *know how*, e pensamento foi alvo da preocupação de Arendt (2007), que colocava como consequência desta separação nossa sujeição à condição de “criaturas desprovidas de raciocínio” e, portanto, à mercê de qualquer técnica ou tecnologia, mesmo que letal.

Haverá talvez verdades que fiquem além da linguagem e que podem ser de grande relevância para o homem no singular, isto é, para o homem que seja o que for, não é um ser político. Mas os homens, no plural, isto é, os homens que vivem e se movem neste mundo, só podem experimentar o significado das coisas por poderem falar e ser inteligíveis entre si e consigo mesmos. (ARENDR, 2007, p. 12).

O tema do comprometimento e corresponsabilização na Saúde, do compartilhamento de poderes e de saberes, da dimensão coletiva e da produção do comum constituíram a subcategoria *exercício da gestão*.

Nela, tanto os sentidos associados ao compartilhamento na gestão dos processos quanto àqueles referentes a condições e resultantes deste processo foram agrupados em torno do exercício da cogestão.

*O grupo reunia-se para analisar a situação e buscar uma solução, acontecendo a troca de saberes, a cogestão, a escolha pela melhor alternativa, ocasionando mudanças necessárias e adequações de procedimentos. (Plutarco)*

*Em relação aos usuários, dedicamos mais tempo no momento de autorizar e agendar os exames, certificando-nos de que eles entenderam a nossa mensagem, que sabem onde devem ir, etc. (Plutarco)*

*É trabalhando no coletivo (na elaboração de ações) para o coletivo (formas de intervir com a comunidade) que os serviços vão conseguir se encontrar e trabalhar com objetivos em comum. (Aristóteles)*

A participação dos sujeitos nos processos decisórios dependerá tanto de alterações no organograma formal da organização quanto de alterações no modo como este concretamente aparece no cotidiano das inter-relações e nos arranjos entre áreas e pessoas. A cogestão seria o modo pelo qual esse fluxo democratizante se fundamentaria, constituindo-se em um meio de viabilizar a democracia direta. A reunião periódica para análise do próprio processo de trabalho e a construção coletiva de estratégias e decisões para a organização e também para suas relações com a sociedade caracterizaria esta forma compartilhada de direção (CAMPOS, 2000).

De modo concreto, observamos nos relatos dos apoiadores que as iniciativas efetivadas por estes no cotidiano dos serviços aponta para uma aproximação a este exercício da cogestão. A alteração de organogramas e constituição de colegiados, como Campos (2000) propõem, não chegou a se constituir como experiência efetivada nos locais de trabalho dos sujeitos do estudo. Na grande maioria dos relatos, o que se observou tanto no modo de falar quanto na descrição das vivências, foi uma afirmação do princípio da democracia, por meio de iniciativas e discurso voltado à defesa do compartilhamento de poderes e de responsabilidades.

*(...) me identifiquei com o tema 'RODA', sempre gostei desse método, acho muito bom poder ouvir e ser ouvido, pois tudo que tu coloca em discussão para um grupo sempre sai algo muito bom. Resolutividade dos problemas, pactuações entre o grupo, e o compromisso de cumprir aquilo que foi levantado e decidido. (Heráclito)*

*O grupo analisou o seu processo de trabalho através das observações de cada um, encontrando sugestões em comum de interesse aos pontos de mudança que possam ser melhorados no desenvolvimento do processo. (Anaxágoras)*

Acerca da ação política e do discurso que ela produz, Arendt (2007) coloca que ambas são experiências que se dão no espaço público, ou seja, naquele onde se situa o poder. Ela dirá que a ação política só pode ser compreendida à luz dos princípios que a animam - que podem ser repetidos infinitamente por vários indivíduos distintos e tem validade universal -, e que são desvelados apenas no decurso desta. É na manifestação dos princípios políticos que aparece a autonomia da ação política, e é apenas nestas manifestações aparentes, na cena pública, que os princípios podem ser apreendidos pelos espectadores.

Entendemos que ao assinalar tal posição para a ação política e para o discurso, está em jogo o modo como os sujeitos experimentarão conceitos e modos de fazer, decorrendo daí a relevância de apoiar ações voltadas à compreensão e exercício de ideias e arranjos fundamentados no princípio da democracia institucional.

Acerca do exercício democrático encontramos entre os apoiadores algumas opiniões que o colocam tanto no âmbito das decisões referenciadas ao contexto macro das organizações, e que se efetiva por meio de colegiados e coletivos de gestão, quanto no âmbito da micropolítica, da gestão cotidiano do fazer em saúde e que reverbera sobremaneira na prática clínica, como aparece na citação abaixo:

*Mas a equipe tem autonomia de dar alta, não é só uma decisão do médico. (...) A autonomia tem de ser de um grupo de pessoas, não só individual. O plano terapêutico individual eles (os usuários) constroem junto conosco. Não adianta eu sozinha montar uma coisa que ele vai ter que desenvolver para o resto da vida dele. (Demócrito)*

*Eu vou fazer a busca deste usuário, chamo ele pra conversar e ali eu vou introduzindo algumas questões, pra fazer ele pensar e perceber o grau de responsabilização, e aí eu consigo entender até onde ele pode ir. (Sócrates)*

Este exercício micropolítico, proposto para os diferentes sujeitos, tem potência de contágio, de se infiltrar nas tramas intersubjetivas onde o poder se expressa. Para Arendt (2007), o poder surge da potencialidade que se origina na ação e no discurso, o que só acontece quando este agir é conjunto, pois o poder se manifesta somente no pacto efêmero das várias intenções e vontades, de modo que é somente na coexistência entre os homens que o poder político poderá existir.

Berlinguer (1987) irá colocar que, contra um sistema político e econômico que aparta a população dos processos decisórios e da transformação institucional, há que se travar uma luta pelo aumento dos poderes locais, para uma decisiva modificação das relações sociais e das posições de poder, da participação coletiva na economia e da valorização da ciência a serviço dos homens.

Se a ação política se dá pela manifestação de princípios políticos, na interação intersubjetiva na qual se referencia, é necessário então articular a ação com o discurso, pois este é o veículo da opinião política. O discurso, assim, é capaz de revelar a ação, mas apenas na presença desta articulação entre as pessoas, ou seja, na esfera pública. Enquanto mundo comum, a esfera pública possibilita que uma comunidade mantenha-se unida em torno de algo que as relaciona e as distingue simultaneamente, funcionando como vínculo entre os homens. Conviver no mundo significa ter um mundo de coisas interposto entre os que nele habitam em comum, pois, “(...) *como todo intermediário, o mundo ao mesmo tempo separa e estabelece uma relação entre os homens*” (ARENDT, 2007, p. 61).

A ação política, enquanto capacidade de assumir as condições de produção da própria existência, só é possível então nesta produção do comum, esta trama produzida no movimento e comunicação das singularidades, das diferenças, e que é sempre fundamentado no reconhecimento do outro.

### **Considerações Finais**

A partir da análise dos resultados foi possível perceber que o discurso dos apoiadores acerca da humanização traz a dimensão ética indissociada da dimensão política. Apesar de ter sido possível localizar

um conjunto de atitudes, princípios e valores que orientam a reflexão e a ação cotidianas nos serviços de saúde e no SUS, de modo mais amplo, e outro conjunto associado à desestabilização dos poderes instituídos, através da democratização das relações de poder, ambos trazem elementos éticos e políticos em suas formulações.

A direção apontada pelo discurso dos apoiadores demonstrou, entre outras, uma compreensão da dimensão ético-política alicerçada em valores centrados no sujeito, concebido aqui como aquele a quem devo escutar, reconhecer e respeitar em suas singularidades, desejos, diferenças e direitos. Neste sentido, Ayres (2010) aponta a presença menos abstrata e mais exigente dos sujeitos, seu posicionamento de resistência à completa reificação de si, como aquele elemento que tem potência de produzir práticas bem sucedidas, porque se ancoram no reconhecimento mútuo do outro.

O sujeito aqui é também um sujeito de direitos, que se atualiza no discurso dos apoiadores a partir de valores como a defesa do SUS, enquanto expressão do direito à saúde, encarnada nas lutas pela mudança no modelo de atenção, defesa dos direitos dos usuários e dos trabalhadores da saúde. A consolidação do SUS é colocada por Zoboli (2010) como tarefa ética, pois os limites do possível não podem ser dados pelo existente, isto é, a defesa dos direitos traduz o imperativo ético de lutar para que o SUS coloque à disposição dos sujeitos aquilo que é essencial para sua cidadania. Esta reflexão sobre as ações em saúde e os princípios que a norteiam colocou em foco uma preocupação dos apoiadores com a intencionalidade ética que anima o seu pensar e fazer cotidianos. De fato, um dos maiores desafios colocados para o SUS é a construção de uma agenda ética da micropolítica, o desenvolvimento de uma agenda de discussão sobre as relações entre os diferentes sujeitos, relações estas assentadas no cuidado e responsabilização compartilhadas (PASCHE, 2010).

A desestabilização dos poderes instituídos esteve presente no discurso dos apoiadores como tema associado ao protagonismo e autonomia, à cogestão e à democratização dos saberes, pela indissociação destes ao exercício do poder. A responsabilização foi o tema que atravessou esta categoria. Berlinguer (1996) discute essa questão tomando como referência Amartya Sen, e afirma que renda não é o único indicador de igualdade em uma sociedade. O desenvolvimento de aptidões e capacidades para converter esta renda em ações que promovam saúde é fundamental para a melhoria dos indicadores de saúde de uma população. Ora, o desenvolvimento de tais aptidões implica a ideia de participação, compartilhamento, como condição que



possibilita a transição subjetiva de um polo de passividade para outro, de protagonismo. A atenção dada pelos apoiadores ao tema do compartilhamento dos poderes expressa, a nosso ver, a consciência desta necessidade, bem como a expressão dos esforços empreendidos nesta direção, embora ainda muitas vezes estes ocorram de forma individualizada.

A coincidência entre a compreensão explicitada pelos apoiadores e a proposta colocada pela PNH aponta aproximações e correspondência entre ambas. Entretanto, temas como a expansão das redes sociais e da justiça social apareceram de modo ainda frágil na fala dos apoiadores, o que nos remete à necessidade de buscar estratégias para o fortalecimento da inclusão destas questões em futuros processos de formação de apoiadores.

Retomando a hipótese do estudo, que supunha o processo de formação como espaço potente para a reflexão ético-política e sua incorporação à prática cotidiana, concluímos que de fato, tal reflexão está presente no discurso dos apoiadores. Em relação aos modos de trazê-la para o dia-a-dia dos serviços, percebemos que as racionalidades gerencial e biomédica têm se interposto como fonte de conflitos e desafios para os apoiadores, juntamente com outros desafios, como as dificuldades expressas pelos apoiadores relacionadas tanto aos conceitos e termos do marco conceitual da PNH quanto às estratégias de difusão e implementação da mesma. Para uma melhor compreensão desta questão, faz-se necessário a análise aprofundada de seus condicionantes e efeitos, constituindo-se tal estudo em elemento importante para a própria sustentabilidade e difusão da Política. Tendo isto presente, pretendemos abordá-los em outro artigo.

Pensamos que uma contribuição do presente estudo é o desvelamento de ideias acerca da contribuição da formação de apoiadores para a materialização da dimensão ético-política da humanização. Como experiência de formação que busca articular-se aos movimentos sociais e é pautada na experiência concreta de trabalhadores, gestores e usuários, a formação de apoiadores mostra-se, então, atravessada pelo debate ético-político, formação essencial para oportunizar a interlocução entre razão e ação, isto é, para transformar os sujeitos que dela participam em agentes estratégicos da consolidação da justiça sanitária (BERLINGUER, 1987).

Como o estudo refere-se ao universo de sujeitos investigados, e cada processo de formação de apoiadores incorpora especificidades do território onde se realiza, estando atravessado pelas forças que pulsam nestes distintos locais e que atravessam também a proposta

metodológica, entendemos que os diferentes processos oportunizam modos distintos de debater e refletir acerca da dimensão ético-política. Assim, os resultados desta investigação precisam ser analisados e interpretados à luz destas diferenças territoriais.

Como achados não esperados, identificamos nas falas a dimensão estética da Humanização, em momentos nos quais os apoiadores aludiam à invenção de novos modos de organizar e compreender as práticas, bem como nos momentos em que expressavam novas posições subjetivas, engendradas a partir das experiências em curso.

Por fim, queremos reafirmar a relevância de uma formação ética e politizada como fundamental para a ampliação da capacidade de análise e intervenção na realidade. Somente a partir de objetivos articulados com a realidade social concreta é que conseguimos perceber com clareza o que é mais relevante e o que precisa ser priorizado no processo de produção de saúde. Entendemos que a formação ético-política assume relevância no agenciamento da transformação social e que tal formação só se produz no encontro das forças instituintes, no campo da experimentação que pode produzir não só novos modos de fazer, mas também novos sujeitos.

## **Colaboradores**

A autora Maria Claudia Souza Matias responsabilizou-se pela pesquisa, elaboração da análise e redação do manuscrito. Marta Inez Machado Verdi orientou a pesquisa e revisou o texto. Mirele Finkler contribuiu na sistematização dos dados no software Atlas-ti® e construção das categorias para análise.

## **REFERÊNCIAS**

ARENDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitaria, 2007.

AYRES, José Ricardo. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v.18, n.2, p. 11-23, abr-jun, 2009.

\_\_\_\_\_. Integralidade do cuidado, situações de aprendizagem e o desafio do reconhecimento mútuo. In: PINHEIRO, Roseny; LOPES, Tatiana (Orgs.). **Ética, Técnica e Formação: as razões do cuidado como direito à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, p. 123-136, 2010.

BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo; CECCIM, Ricardo (Orgs.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 131-151.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.

BERLINGUER, Giovanni. **Ética da Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

\_\_\_\_\_. **Medicina e Política**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed.. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

\_\_\_\_\_. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar/ago, 2005.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. Paris: Éditions Gallimard, 1971.

\_\_\_\_\_. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p.231-249.

FUGANTI, Luís. Saúde, desejo e pensamento. In: LANCETTI, Antonio (Org.). **Saúde e Loucura**. São Paulo: Hucitec, 1990.

GARRAFA, Volnei. Introdução à Bioética. **Revista do Hospital Universitário UFMA**, São Luís, v. 6, n. 2, p. 9-13, 2005.

GUATTARI, Félix. **Caosmose**: um novo paradigma estético. São Paulo: Editora 34, 1992.

GUIZARDI, Francine; CAVALCANTI, Felipe. Por um mundo democrático produzido democraticamente (ou: o desafio da produção do comum): contribuições a partir da experiência do Sistema de Saúde Brasileiro. **Lugar Comum: Estudos de Mídia, Cultura e Democracia**. Rio de Janeiro: UFRJ, n. 27, jan/abr 2009, p. 103-124.

HECKERT, Ana Lucia Coelho; PASSOS, Eduardo Henrique; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. v.13, n.1, p.493-502, 2009.

KOTTOW, Miguel. Bioética pública: una propuesta. **Revista Bioética**, v. 19, n. 1, p. 61-76, 2011.

NEVES, Claudia Abbês Baeta; MASSARO, Altair. Biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo. **Interface: Comunicação Saúde Educação**. v. 13, supl. 1, p. 503-14, 2009.

PASCHE, Dario. Desafios éticos para a consolidação do SUS. In: CAPONI, Sandra; VERDI, Marta; BRZOWSKI, Fabíola Stolf; HELLMANN, Fernando. **Medicalização da vida**: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Palhoça: Unisul, 2010. p.381-389.

\_\_\_\_\_. PASSOS, Eduardo. Apresentação. In: BRASIL. **Formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, Cadernos HumanizaSUS, v. 1. p.5-10, 2010.

\_\_\_\_\_. PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élide Azevedo. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p.4541-4548, nov. 2011.

PAULON, Simone Mainieri; CARNEIRO, Mara Lucia Fernandes. A educação à distância como dispositivo de fomento às redes de cuidado em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 1, p.749-757, 2009.

PAVAN, Cleusa *et al.* Documento Orientador da Política de Formação da PNH. In: BRASIL. **Formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, Cadernos Humaniza SUS, v. 1, p. 73-94, 2010.

ROLNIK, Suely. Pensamento, corpo e devir. Uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade**, v. 1, n. 2, p. 241-251, 1993.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. **Avaliação e Humanização em Saúde: aproximações metodológicas**. Ijuí: Unijuí, 2009.

SCHRAMM, Fermin Roland; ARREGUY, Euclydes Etienne. Bioética do Sistema Único de Saúde/SUS: uma análise pela Bioética da Proteção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.51, n. 2, p.117-123, 2005.

VERDI, Marta; CAPONI, Sandra. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 1, mar. 2005.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica amplificada. **Revista O Mundo da Saúde**. São Paulo: 2009;33(2):195-204.

\_\_\_\_\_. Desafios éticos para a consolidação do SUS. In: CAPONI, Sandra; VERDI, Marta; BRZOWSKI, Fabíola Stolf; HELLMANN, Fernando. **Medicalização da Vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Palhoça: Unisul, 2010. p. 373-380.



## APÊNDICE A – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Atividades		2010	2011		2012	
		2º sem	1º sem	2º sem	1º sem	2º sem
<b>Etapa 1</b> <b>Projeto</b>	1. Elaboração do projeto de pesquisa					
	2. Qualificação do projeto					
	3. Apresentação ao Cômite de ética em pesquisa					
<b>Etapa 2</b> <b>Coleta de dados</b>	4. Realização da Pesquisa documental					
	5. contato com sujeitos da pesquisa para apresentação da proposta					
	6. Realização das entrevistas com aqueles sujeitos que concordarem em participar					
	7. Transcrição das entrevistas					
<b>Etapa 3</b> <b>Análise dos dados</b>	8. Categorização dos dados					
	9. Análise dos dados coletados					
	10. Elaboração dos resultados da pesquisa					
<b>Etapa 4</b> <b>Finalização do estudo</b>	11. Defesa da dissertação					
	12. Devolutiva dos resultados para os sujeitos da pesquisa					

## APÊNDICE B – ORÇAMENTO DETALHADO

Item	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Pen drive	02	35,00	70,00
Gravador áudio Mp3	01	120,00	120,00
Passagens Blumenau- Florianópolis-Blumenau	6	33,11	196,00
Passagens Blumenau-Rio do Sul-Blumenau	02	50,96	101,92
Total			487,92

As despesas acima referidas foram de responsabilidade da pesquisadora.

O software Atlas-ti®, utilizado para organização e análise dos dados, pertencia à pesquisa avaliativa multicêntrica dos processos de formação de apoiadores, citada na metodologia como estudo articulado à presente pesquisa.



## **APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Sou aluna da Universidade Federal de Santa Catarina, vinculada ao Mestrado em Saúde coletiva, e estou desenvolvendo a pesquisa intitulada “A dimensão ético-política da Humanização no discurso de egressos da Formação de Apoiadores Institucionais de Santa Catarina”, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dra. Marta Inez Machado Verdi.

O objetivo principal da pesquisa é discutir a compreensão e vivência de egressos do Curso de Formação de Apoiadores Institucionais acerca da dimensão ético-política da Humanização e os principais desafios e dificuldades relacionados. Tal estudo pretende contribuir para uma melhor compreensão do modo como a dimensão ético-política da Humanização vem sendo percebida e vivenciada pelos apoiadores institucionais, bem como os desafios e dificuldades relacionados.

Os sujeitos de pesquisa serão apoiadores institucionais das Macrorregiões de Florianópolis e Blumenau formados no curso de Santa Catarina. Para esta pesquisa são necessárias entrevistas individuais, que serão registradas em gravação de áudio, após consentimento dos participantes. Os dados obtidos a partir das entrevistas têm finalidade exclusiva para o projeto de pesquisa ao qual se vinculam. Sua identidade será mantida em sigilo e as informações aqui obtidas serão tratadas de maneira confidencial, qualquer informação que seja divulgada em relatório ou publicação será feita de modo codificado.

Os procedimentos adotados durante todo o desenvolvimento da pesquisa e de sua respectiva coleta de dados não oferecem riscos aos participantes do estudo. O anonimato será preservado e mantido através da adoção de codinomes, evitando assim, uma possível identificação dos entrevistados. Além disso, a participação na pesquisa não implicará em despesas financeiras aos sujeitos que concordarem em responder à entrevista.

Como possíveis benefícios, encontram-se a produção de conhecimentos que possam contribuir para a formulação de cursos e estudos no âmbito da PNH e da Humanização do SUS, além de contribuir para o avanço e consolidação da PNH como política transversal de saúde. Outro efeito esperado pelo projeto que aqui se apresenta é análise crítica, com consequente divulgação dos resultados da implementação dessa política pública poderá gerar subsídios para a gestão dos desafios e dificuldades de implementação da Política de

Humanização, auxiliando os apoiadores institucionais em sua tarefa nas diferentes instituições.

Após o término do estudo, as informações levantadas serão arquivadas e armazenadas por um período de cinco anos e, posteriormente, serão incineradas. O pesquisador responsável compromete-se em fornecer o retorno dos resultados a todos os participantes do estudo.

Também gostaríamos de informá-lo (a) que você pode desligar-se da pesquisa a qualquer momento bastando entrar em contato com o pesquisador responsável pelo estudo. **Sua adesão é voluntária e fica assegurado o direito de se retirar da pesquisa em qualquer etapa do estudo.**

Você poderá me contatar pelo telefone (47) 91045138 ou pelo e-mail: claudiamatias2005@yahoo.com.br para prestar-lhe todas as informações que você desejar acerca deste estudo, antes, durante e depois do mesmo, ou para retirar o seu consentimento.

Caso concorde em participar do estudo, este documento que você estará assinando será mantido por mim em confidência estrita. Caso você assine este documento em concordância com todo o seu conteúdo, receberá uma cópia do mesmo.

Esta pesquisa foi submetida para apreciação e aprovação ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC.

Maria Claudia Souza Matias

(47) 9104-5138 – (47) 3209-7185 claudiamatias2005@yahoo.com.br

Eu, \_\_\_\_\_, li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo, participando da entrevista semi-estruturada.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

---

Assinatura do (a) participante

---

Maria Claudia Souza Matias –  
Pesquisadora

## APÊNDICE D – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

### BLOCO 1 - dados de identificação do perfil do apoiador:

1. Idade:
2. Profissão:
3. Sexo:
4. Escolaridade:
  - ( ) fundamental
  - ( ) médio
  - ( ) médio técnico
  - ( ) superior incompleto
  - ( ) superior
  - ( ) especialização
  - ( ) mestrado
  - ( ) doutorado
5. Atualmente você atua em instituição vinculada ao SUS?
  - ( ) Sim
  - ( ) Não. Qual:
6. Há quanto tempo você atua no SUS?
7. Se você atua no SUS, qual o âmbito de inserção da sua instituição:
  - ( ) instituição da esfera municipal
  - ( ) instituição da esfera estadual
  - ( ) instituição da esfera federal
  - ( ) instituição da esfera privada
8. Na instituição onde você atua atualmente, você é:
  - ( ) trabalhador da Saúde;
  - ( ) gestor.

9. O seu local de inserção na rede SUS é:

- ☐ SMS - gestão
- ☐ SMS - unidade da Atenção Básica
- ☐ SMS - unidade de referencia
- ☐ SES - gestão
- ☐ SES - regional de saúde
- ☐ hospital – gestão
- ☐ hospital – assistência
- ☐ conselho de saúde
- ☐ Outro. Especificar:

10. É a mesma instituição que você estava durante o desenvolvimento do curso?

- ☐ Sim
- ☐ Não, é outra instituição. Durante o curso atuava em

11. Se estiver em uma nova instituição, informe há quanto tempo:

\_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses.

## **BLOCO 2 – A dimensão ético-política da Humanização e o Apoiador**

1. Qual foi sua maior motivação para entrar em uma formação de Apoiadores?
2. Na sua instituição você tem condições e possibilidades de apoiar ações de Humanização? Comente.
3. A PNH afirma a Humanização como uma aposta ético-política. Qual o sentido desta afirmação para você?

São vários os valores que norteiam a PNH enquanto aposta ético-política. A partir deste ponto as questões se referirão a alguns destes valores.

4. O que é **autonomia** para você? Você tem lidado com este conceito em algum momento do seu trabalho?
5. E **protagonismo**, como você entende este conceito? Você tem tido a possibilidade de trabalhar esta ideia no seu cotidiano?

6. Como você compreende a ideia de **corresponsabilidade entre os sujeitos**? No seu cotidiano, você percebe de algum modo que há corresponsabilização nas práticas?
7. O **direito ao desenvolvimento integral** é um dos valores que a PNH coloca como estando associado à dimensão ético-política da Humanização. O que você entende que seja este direito? Você acha que tem conseguido exercê-lo? E seus colegas de trabalho e os usuários, você acha que têm conseguido?
8. O que você entende por **democratização das relações de poder**? Tem sido possível trabalhar nesta direção na sua instituição?
9. Como tem sido para você lidar com estas ideias no seu cotidiano? Há alguma situação que demonstre como isto tem se dado?
10. Algum outro comentário que deseje fazer?



## **ANEXO A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA PELA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA**



### **DECLARAÇÃO**

**Sra. Denise Campos DamerauSada**

**Responsável pela Escola de Saúde Pública ProfMSc Osvaldo de Oliveira Maciel**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa "A dimensão ético-política da humanização no discurso de egressos da Formação de Apoiadores Institucionais de Santa Catarina", e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 02 de março de 2012.

  
Denise Damerau Sada  
Gerente da Escola de Saúde Pública  
Assinatura

carimbo do(a) responsável


## ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE ARQUIVOS REGISTROS E SIMILARES



### TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE ARQUIVOS REGISTROS E SIMILARES

Eu, **Sra. Denise Campos Damerau Sada**, Gerente da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina, autorizo o uso para fins de pesquisa documental, com respectivo levantamento e identificação dos documentos e material didático produzido tanto no âmbito da gestão do curso como pelos apoiadores institucionais que participaram do curso, tais como: memórias de encontros e planos de intervenção, sob minha responsabilidade, para o alcance dos objetivos propostos na pesquisa intitulada "A dimensão ético-política da Humanização no discurso de egressos da Formação de Apoiadores Institucionais de Santa Catarina", sob responsabilidade da Dra. Marta Inez Machado Verdi, a ser desenvolvida junto aos apoiadores institucionais participantes do Curso de Formação de Apoiadores Institucionais da Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção do SUS em Santa Catarina realizado pela Escola de Saúde Pública da SES/SC no ano de 2009 e que autorizei a sua realização.

Florianópolis, 01 de março de 2012.

  
**Denise Damerau Sada**  
Gerente da Escola de Saúde Pública  
Matrícula 364.994-1-03

Gerente da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina



## ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** A dimensão ético-política da Humanização no discurso de egressos da Formação de Apoiadores Institucionais de Santa Catarina

**Pesquisador:** Marta Inez Machado Verdi

**Versão:** 1

**Instituição:** Universidade Federal de Santa Catarina

**CAAE:** 01179312.5.0000.0121

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 21561

**Data da Relatoria:** 14/05/2012

#### **Apresentação do Projeto:**

O projeto trata de um mestrado no Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública. Os sujeitos da pesquisa serão 21 pessoas que participaram do Curso de Formação de Apoiadores Institucionais para a Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde, realizado em Santa Catarina, em 2009.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Discutir a compreensão e vivência de egressos do Curso de Formação de Apoiadores Institucionais acerca da dimensão ético-política da humanização.

**Objetivo Secundário:**

Explorar a percepção que os apoiadores têm acerca do que seja a dimensão ético-política da humanização nos processos de produção de saúde.

Caracterizar o modo como tem se dado a vivência de apoiadores acerca da dimensão ético-política no cotidiano dos serviços. Conhecer os

principais desafios e dificuldades para o exercício da dimensão ético-política da humanização pelos apoiadores.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não há riscos identificados.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Nada a acrescentar.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos apresentados estão adequados.

#### **Recomendações:**

Nada a acrescentar.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

#### **Situação do Parecer:**

Aprovado

#### **Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 14 de Maio de 2012

Assinado por:

Washington Portela de Souza